



Уральский
федеральный
университет

имени первого Президента
России Б.Н.Ельцина

Уральский гуманитарный
институт

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ Б. Н. ЕЛЬЦИНА

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Рекомендовано методическим советом
Уральского федерального университета в качестве учебного пособия
для студентов вуза, обучающихся по специальности
37.05.01 «Клиническая психология»

Екатеринбург
Издательство Уральского университета
2020

УДК 159.922.6(075.8)
ББК 88.44я73
Г39

А в т о р ы:

О. И. Дорогина, Ю. В. Лебедева, Л. В. Токарская, Е. В. Хлыстова

П о д о б щ е й р е д а к ц и е й
Ю. В. Лебедевой

Р е ц е н з е н т ы:

кафедра коррекционной педагогики и специальной психологии
Шадринского государственного педагогического университета
(заведующий кафедрой кандидат психологических наук,
доцент *Н. В. Скоробогатова*);

А. П. Маршалкин, кандидат медицинских наук, доцент
(Уральский государственный педагогический университет)

Геронтопсихология : учеб. пособие / О. И. Дорогина,
Г39 Ю. В. Лебедева, Л. В. Токарская, Е. В. Хлыстова ; под общ.
ред. Ю. В. Лебедевой ; Министерство науки и высшего обра-
зования Российской Федерации, Уральский федеральный уни-
верситет. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2020. – 131 с. –
100 экз. – ISBN 978-5-7996-3048-5. – Текст : непосредственный.
ISBN 978-5-7996-3048-5

В учебном пособии рассматривается актуальная тема старости, ее клини-
ческие, психологические и социальные аспекты. Особое внимание уделяется
вопросам приспособления к старости, организации помощи пожилым и под-
держивающей терапии.

Для студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психоло-
гия», а также психологов, социальных и медицинских работников и всех инте-
ресующихся особенностями жизнедеятельности человека в инволюционном
процессе и клиническими аспектами старения.

УДК 159.922.6(075.8)
ББК 88.44я73

На обложке:

фото из личных архивов О. И. Дорогиной, Л. В. Токарской, Е. В. Хлыстовой

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Глава 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРОНТОГЕНЕЗА	9
§ 1. Возрастные границы и периодизация пожилого возраста	9
§ 2. Биологические аспекты старения	14
§ 3. Психологические аспекты старения	30
§ 4. Социальные аспекты старения	38
§ 5. Типы приспособления к старости	47
<i>Список библиографических ссылок</i>	50
Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ	52
§ 1. Психофизиологические и нейропсихологические аспекты процесса инволюции	52
§ 2. Сенильные и пресенильные психозы	55
§ 3. Организация психотерапевтической помощи пожилым и инвалидам ...	61
<i>Список библиографических ссылок</i>	70
Глава 3. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ	71
§ 1. Гарденотерапия	71
§ 2. Библиотерапия	73
§ 3. Кинотерапия	79
§ 4. Анималотерапия	82
§ 5. Арттерапия	95
<i>Список библиографических ссылок</i>	107
Список рекомендуемой литературы	108
<i>Приложение 1. Книги, рекомендованные для библиотерапии</i>	111
<i>Приложение 2. Книги, рекомендованные для анализа отношений пожилого человека с внуками</i>	113
<i>Приложение 3. Художественные фильмы, рекомендованные для кинотерапии</i>	118
<i>Приложение 4. Список художественных фильмов, героями которых являются пожилые люди</i>	120
<i>Приложение 5. Комплекс упражнений канистерапии</i>	123
<i>Приложение 6. Комплекс упражнений арттерапии</i>	125
<i>Приложение 7. Арттерапия в работе с пожилыми людьми, имеющими выраженные расстройства памяти</i>	127

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сколько мне жить?.. Впереди – неизвестность.
Жизненный пламень еще не потух;
Бодрую силу теряет телесность,
Но, пробудясь, окрыляется дух.
Грустны и сладки предсмертные годы!
Это привычное мне бытие,
Эти картины родимой природы –
Все это словно уже не мое.
Плоти не чувствую прежней обузы;
Жду перехода в обитель теней;
С милой землей расторгаются узы,
Дух возлетает все выше над ней.
Чужд беспокойному страсти недугу,
Ведаю тихую радость одну,
Словно хожу по цветистому лугу,
Но ни цветов, ни травы уж не мну!..

Алексей Жемчужников

Пожилой возраст интересовал человечество с античных времен. Изначально старость ассоциировали с мудростью, ученые искали причины старения и смерти для того, чтобы продлить жизнь. В настоящее время мы сталкиваемся с феноменом старения населения, но при этом пожилой возраст воспринимается скорее негативно. Накопление этого недовольства при преобладании пожилых над молодыми порождает проблему взаимопонимания и взаимопринятия поколений. Задача психологов в этом случае заключается в предотвращении роста напряженности в обществе и помощи при налаживании контакта между представителями разных поколений.

Из-за сложной природы старости и множества разнообразных потерь, которые могут быть психически и физически тяжелыми для людей этого периода жизни, крайне важно объединить специалистов разных профессий – врачей, психологов, социальных работников, занимающихся уходом за пожилым человеком, его лечением и сопровождением его и его семьи.

Работа психолога не ограничивается только клиническими подходами. Психологическая составляющая системной работы с пожилыми охватывает множество задач, относящихся к сферам нейропсихологии, клинической и социальной психологии.

В сферу интересов психолога входит *возрастная психология*, в рамках которой происходит:

- Изучение нормативных возрастных изменений пожилого возраста в биологическом и психологическом аспектах;
- Анализ целей и задач данного возраста в контексте жизненного пути личности.

Круг задач *нейропсихологии*:

- Диагностика когнитивных нарушений, нарушений сенсомоторных функций, речи, а также нарушений полей зрения.
- Сотрудничество при разработке реабилитационных программ (совместная работа со специалистами – неврологами, нейропсихологами, логопедами и др.).

Задачи *клинической психологии*:

- Проведение индивидуальных и групповых терапевтических мероприятий с целью содействия совладанию с возникшими заболеваниями и нарушениями функций, повышению качества жизни.
- Консультирование родственников и персонала для их ориентации на поддержку самостоятельности и мотивации лиц позднего возраста.

Социальная психология в применении к данному возрасту решает следующие задачи:

- Изучение закономерностей личностных изменений, поведения и деятельности пожилых и старых людей, обусловленных их принадлежностью к различным социальным микро- и макрогруппам.
- Социально-психологическая поддержка лиц позднего возраста, помогающая им адаптироваться к старости за счет формирования микросоциальных условий, которые бы соответствовали структуре практических, социальных и когнитивных навыков.

Таким образом, группа пожилых людей нуждается в комплексном подходе специалистов в связи с многомерностью и асинхро-

нией происходящих у них возрастных изменений в непростых социально-экономических условиях жизнедеятельности.

Изучение дисциплины «Геронтопсихология» происходит в два этапа. На лекциях студенты знакомятся с базовыми понятиями курса, рассматривают основные теоретические подходы к старению и практические методы работы с пожилым и его семьей. На практических занятиях происходят закрепление пройденного материала, его систематизация и обобщение в процессе выполнения индивидуальных и групповых заданий.

Данное учебное пособие содержит как классические геронтопсихологические темы, касающиеся биологических, психологических и социальных особенностей пожилых людей, так и темы, непосредственно связанные с практической работой с данной возрастной группой (с акцентом на клинических аспектах этой помощи). Особое внимание уделено пожилому человеку как активному субъекту собственной жизнедеятельности, уважительному отношению к старости, работе над стереотипами студентов в отношении пожилых людей. Цель учебного пособия – не только сформировать представление об основных понятиях геронтологии и геронтопсихологии, но и познакомить обучающихся с вариативностью практического применения данных знаний.

Содержание пособия реализовано на значительной базе отечественных и зарубежных трудов по геронтологии и гериатрии. Разнообразие представленных литературных источников позволяет представить пожилой возраст во всем многообразии его проявлений и рассмотреть все богатство методов практической помощи пожилым людям и их семьям, представленных в психологии на сегодняшний день.

Освоение содержания данного пособия базируется на сформированных знаниях студента, полученных в других дисциплинах: общей, возрастной, социальной, клинической психологии, психологии личности, нейропсихологии и т. д. «Геронтология» фокусирует общеклинические психологические методы на вопросах улучшения качества жизни и решения возрастных проблем пожилых

людей. Курс направлен на формирование компетенций, связанных с практической психологической деятельностью.

Учебное пособие состоит из трех глав. Первая глава посвящена общей характеристике геронтогенеза, в ней затрагиваются биологический, психологический и социальный аспекты старения. Во второй главе рассмотрены клинические аспекты старения и вопросы организации помощи пожилым. В третьей главе представлены конкретные направления поддерживающей пожилого человека терапии. Каждая глава заканчивается списком библиографических ссылок. В приложениях представлены перечни книг и кинофильмов по тематике учебного пособия.

В начале изучения дисциплины «Геронтопсихология» студенты знакомятся с планом изучения курса и требованиями к промежуточной и итоговой аттестации по предмету.

Для качественного освоения дисциплины студентам рекомендуется действовать следующим образом:

- Ознакомиться и понять содержание лекции по заданной теме.
- Поработать с текстом учебного пособия, повторив ключевые термины и фамилии авторов основных концепций и подходов.
- Познакомиться с дополнительной литературой, которая расширяет представление о теме курса.

Знания и умения студентов оцениваются во время итогового контроля по следующим критериям.

Оценка «отлично» ставится при демонстрации студентом глубоких прочных знаний по тематике курса, хорошей ориентации в рекомендованной и дополнительной литературе, умения логично излагать материал в устной или письменной речи, владения терминологией и умения ее грамотно применять, умения анализировать проблемные ситуации.

Оценки «хорошо» достоин студент, который имеет твердые, но недостаточно обширные знания по дисциплине, хорошо ориентируется в рекомендованной литературе, знаком с дополнительной литературой не в полном объеме, умеет анализировать проблемные ситуации и аргументировать свою точку зрения, используя основные понятия дисциплины.

Оценка «удовлетворительно» ставится в случае, когда студент владеет основными знаниями, знаком с рекомендованной литературой, способен применить свои знания для анализа проблемной ситуации.

Оценки «неудовлетворительно» заслуживает студент, который не владеет основными знаниями дисциплины и не ориентируется в рекомендованной литературе.

Глава 1

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕРОНТОГЕНЕЗА

Про старика сказали: – В детство впал,
Так стоит ли считаться с ним на свете?!
А он не в детство впал, а прежним стал,
Естественным, как могут только дети.

Эдуард Асадов

§ 1. Возрастные границы и периодизация пожилого возраста

Старость представляет собой заключительный период жизни человека. Он характеризуется совокупностью процессов и явлений, которые неизбежно и закономерно приводят к сокращению приспособительных возможностей организма, что уменьшает предстоящую продолжительность жизни и повышает вероятность естественной смерти. Таким образом, старость – это период, на который значительное влияние оказывает биологический фактор, то есть *старение* представляет собой генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными физиологическими и психологическими изменениями.

Согласно одному из законов возрастной психологии, развитие со временем замедляется (А. Гезелл), поэтому нормативное старение не имеет внезапно появляющихся и ярко выраженных признаков. Вот почему большинство авторов не склонны выделять конкретную дату начала пожилого возраста. Римляне считали, что старость начинается в 55 лет, ООН относит к пожилым людей старше 60 лет. В современных психологических теориях граница старости не просто отодвинута дальше 60-летней отметки, но часто выделяется переходный период (например, «предстарость», «кризис пожилого возраста»), размывая переход от взрослости к старости на 5–10 лет.

Если изначально старость рассматривалась как постепенное угасание личности в физическом, психологическом и социальном аспектах, то в современной психологии взгляд на нее изменился. Увеличение средней продолжительности жизни в развитых странах заставляет отодвигать границу начала старости к более позднему времени – 75–80 годам и старше. Например, возраст 63–70 лет рассматривается как возраст второй молодости, в период которой человек может достичь вершины (акме), кульминации своей жизни.

Представляя собой нормативный период возрастного развития, старость ставит перед человеком ряд *возрастных задач*. Их источниками выступают общество, физические изменения и активность самой личности. Все задачи закреплены на уровне культуры и обыденного мышления (кажутся сами собой разумеющимися). Среди задач пожилого возраста традиционно выделяют следующие:

- Приспособление к снижению физической силы и ухудшению здоровья.

- Выход на пенсию и приспособление к снижению уровня материального благосостояния.

- Принятие смертей друзей и близких.

- Установление социальных связей со своей возрастной группой.

- Выполнение социальных и гражданских обязанностей.

- Обеспечение удовлетворительных условий жизни.

Э. Эриксон видел задачу пожилого возраста прежде всего в переосмыслении прожитой жизни, подведении ее итогов и переходе на новый, более высокий уровень самосознания. В результате этой внутренней работы человек приобретает мудрость – «осознание безусловного значения самой жизни перед лицом самой смерти» [1, с. 61]. Поиск смысла собственной жизни и жизни как таковой занимает значительное место в психологической активности пожилого человека. Переживание бессмысленности жизни может привести к депрессии, выйти из которой в этом возрасте затруднительно. Для сохранения психологического благополучия важно сохранять позитивное отношение к себе и прожитой жизни, найти дело, доставляющее радость и позволяющее получить уважение со стороны общества.

Реализуя психосоциальный подход Э. Эриксона к развитию личности, Р. Пек [2], помимо кризиса «Эго-интеграция – отчаяние», описывает три конфликта, разрешаемых в пожилом возрасте:

– Дифференциация Эго (ощущение целостности собственной личности вне зависимости от социальных ролей) – поглощенность ролями, то есть восприятие собственной ценности исключительно через исполняемые социальные роли, лишение которых воспринимается очень болезненно (например, выход на пенсию).

– Трансценденция тела (избегание заикливания на болезнях) – поглощенность телом (полная зависимость самовосприятия и мироощущения от состояния собственного здоровья).

– Трансценденция Эго, то есть понимание того, что после смерти останется какой-то результат жизни человека (дети, внуки, ученики, идеи, конкретные материальные результаты) – поглощенность Эго (негативный исход, связанный со страхом смерти).

Поскольку продолжительность жизни растет и количество пожилых людей увеличивается, объединение всех пожилых в одну возрастную группу нецелесообразно. Период старости достаточно долг и может составлять 30–40 лет. Люди, которые только перешли 60-летний рубеж, могут заботиться о своих престарелых родителях, что обуславливает большую разницу в социальных ролях. Соответственно, люди, формально находящиеся в одном возрастном периоде, имеют разный уровень физического здоровья, разную степень проявления возрастных особенностей, перед ними стоят различные возрастные задачи, и общество воспринимает их по-разному. В связи с этим актуально выделение подпериодов внутри периода старости.

Существует несколько вариантов *периодизации старости*.

ВОЗ *пожилыми* с физиологической точки зрения признает мужчин 61–74 лет и женщин 55–74 лет, *старыми* – людей в возрасте 75–89 лет, и *долгожителями* – людей старше 90 лет.

В психологии деятельности критериями периодизации выступают новообразования личности, ведущая деятельность и социальная ситуация развития, которая складывается в результате совместной работы первых двух характеристик. С этой точки зрения

период старости можно разделить на три подпериода: *пожилой возраст* (55–75 лет), *старческий возраст* (75–90 лет) и *долгожительство* (свыше 90 лет). Представленная периодизация полностью повторяет периодизацию ВОЗ. Это означает, что психологические изменения в данном возрасте во многом обусловлены физиологическими изменениями.

Н. С. Пряжников также рассматривает периодизацию пожилого возраста с точки зрения психологии деятельности. Он выделяет особенности социальной ситуации развития в каждом периоде жизни пожилого человека:

– *Пожилой*, предпенсионный возраст связан с ожиданием пенсии (с 55 лет до выхода на пенсию). В это время человек стремится сделать то, что еще не успел сделать на работе, и выбрать себе занятие на пенсии, передать свой опыт, возможно, он разрывается между работой и внуками, если таковые есть.

– *Период выхода на пенсию* (первые годы приобретения статуса пенсионера) связан с принятием и освоением новой социальной роли. Период протекает с постепенной заменой профессиональных контактов на семейные, вместо работы человек все больше времени и сил уделяет своей семье. Деятельность «молодого пенсионера» может быть весьма многообразна: хобби, воспитание внуков, общественная деятельность, написание мемуаров и т. д.

– Период *собственно старости* (до 75 лет или до резкого ухудшения здоровья) характеризуется преимущественным общением с членами своей семьи и расширением контактов с представителями своего поколения. Главными видами деятельности являются поиск себя в различных видах досуга, стремление всеми способами утвердить свое достоинство и, возможно, подготовка к смерти (приобщение к религии, посещение кладбища и т. д.).

– *Долгожительство* (старше 75 лет) может иметь два варианта в зависимости от состояния здоровья: пожилой человек либо становится символом силы рода, либо замыкается в кругу родственников или соседей по палате, посвящая время лечению и переосмыслению своей жизни, возможно, с попытками приукрасить ее. Однако в связи с увеличением продолжительности жизни долго-

жительность в современном обществе чаще относят к более позднему возрасту [3].

Таким образом, Н. С. Пряжников во главу угла периодизации старости ставит принятие нового социального статуса – статуса пенсионера.

Наиболее полной и наиболее известной психологической периодизацией позднего возраста является периодизация, представленная И. Бернсайд с соавторами:

– *Предстарческий* (60–69 лет) – переходный период от взрослости к старости. Человек принимает новую роль и изменение ожиданий со стороны окружающих. Снижение ожиданий может деморализовать пожилого человека, хотя он активен, полон сил и планов на будущее.

– *Старческий* (70–79 лет) – период значительных возрастных изменений: сужение круга общения, болезни, потеря близких.

– *Позднестарческий* (80–89 лет), в котором человеку становится труднее, чем раньше, взаимодействовать с окружающим миром. Часто для поддержания контактов он нуждается в посторонней помощи, в том числе и из-за ухудшающегося состояния здоровья.

– *Дряхлость* (старше 90 лет). Физическое состояние и условия жизни людей на этом этапе весьма разнообразны, что затрудняет обобщение и систематизацию данных. Этот период связан с серьезными физиологическими изменениями, а также с отсутствием напряжения, груза ответственности и элемента соревнования, если человек продолжает заниматься какой-либо деятельностью [цит. по: 4, с. 830–833].

Таким образом, пожилой возраст – это значительный по времени период, озаглавленный большим количеством изменений во всех сферах человеческой жизни: физической, социальной и психологической. Поэтому невозможно рассматривать этот возраст как монолитный период спокойного поступательного развития. Он имеет собственную периодизацию и включает в себя нормативные возрастные кризисы, сопровождается не только потерями, но и важными приобретениями, новыми возможностями и достижениями.

§ 2. Биологические аспекты старения

Биологический возраст определяется рядом показателей, таких как когнитивные функции, функция легких, состояние тканей печени, плотность костей, гормональный профиль и другие биохимические параметры. Снижаются функциональные способности всех систем жизнедеятельности: повышается восприимчивость к инфекционным заболеваниям, падает способность к регенерации, изменяются походка, осанка, появляется седина, кожа теряет эластичность, становятся заметны морщины, снижается работоспособность, слабеет память и т. д. Рассмотрим эти факторы подробнее.

Старение опорно-двигательного аппарата. Прежде всего происходит *старение скелета*. Плотность костей является решающим фактором в функционировании взрослого человека, тяжелые травмы могут вызвать спонтанные переломы и серьезно повлиять на подвижность. Снижение плотности костей происходит быстро и прогрессивно у женщин после окончания менструального цикла, но также происходит и у мужчин.

Чтобы замедлить потерю кальция из костей, следует поддерживать достаточное его потребление из пищи или биологически активных добавок, а также строгое соблюдение адекватного уровня витамина D в крови. Как правило, в таких северных странах, как Россия, у большинства людей наблюдается определенный дефицит витамина D, поэтому, если он обнаруживается в анализах крови, его следует корректировать соответствующей добавкой.

Происходит *старение суставов*: с возрастом суставной хрящ постепенно разрушается, при выраженной дегенерации на его поверхности появляются эрозии. Возрастной дегенерации подвержены как несущие суставы (коленные и тазобедренные), так и более мелкие (лучезапястные и межфаланговые). Чрезвычайная нагрузка (бег или поднятие тяжестей) может ускорить процессы дегенерации. Умеренная активность (ходьба), напротив, замедляет разрушение хрящевой поверхности суставов за счет усиления мышечного корсета.

Глюкозамин и хондроитин способны замедлять возрастную дегенерацию. Глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат как по отдельности, так и в комплексе применяются в России: на основе клинических рекомендаций используются лекарственные формы, зарегистрированные как лекарства («Терафлекс», «Арта», «Дона», «Румалон», «Иньектран», «Хондрокард», «Алфлутоп»). В США эти препараты зарегистрированы как биологические добавки.

Также происходит *старение мышц*. У взрослого человека скелетная мускулатура составляет более 40 % массы тела, но при старении масса мышц снижается, а жировая масса может увеличиваться. Форма мышцы с возрастом изменяется за счет ее уменьшения и соответствующего удлинения сухожилия. У молодых людей, например, длина ахиллова сухожилия составляет 3,5–4 см, тогда как у людей преклонного возраста она увеличивается до 6–9 см. Гипотрофия мышц с возрастом развивается в основном за счет уменьшения диаметра отдельных мышечных волокон. Диаметр мышечного волокна грудной мышцы у людей молодого возраста составляет 40–45 мкм, в 50 лет – 20–25 мкм, в 70 лет – 10–20 мкм. Параллельно с гипотрофией мышечных волокон происходят изменения в стенках питающих их кровеносных капилляров: наблюдается ухудшение транскapиллярного обмена, что усугубляет дегенеративные процессы в мышечных волокнах.

Для того чтобы эффективно замедлить естественный процесс мышечного истощения, следует ежедневно поддерживать надлежащее потребление белка вне зависимости от типа меню (веганского, вегетарианского или любого другого) наряду с регулярными занятиями спортом, включающими силовые тренировки и растяжку.

Старение дыхательной системы. Происходит старение клеток легочной ткани, ухудшается функция легких, уменьшается площадь альвеолярной поверхности. Эти изменения включают в себя процесс естественного старения, значительно ускоряются у людей с врожденными или приобретенными заболеваниями легких, а также у курильщиков и у людей, подвергающихся особым профессиональным рискам (таким как вдыхание кремнезема и других токсических веществ).

Регулярные физические занятия, включающие усиленную вентиляцию легких, аэробные упражнения способны замедлять процессы старения в легких.

Старение пищеварительной системы. *Печень* – относительно медленно стареющий орган в организме человека, что обусловлено морфофункциональной полноценностью гепатоцитов. В зрелом возрасте печень претерпевает ряд структурных изменений, часть которых носит компенсаторно-приспособительный характер. В возрасте от 45 до 50 лет отмечается уменьшение массы печени в среднем до 600 г. После 70 лет орган уменьшается еще на 150–200 г. К 80 годам отмечается атрофия печени, которая не достигает резкой степени выраженности. Происходят уменьшение количества гепатоцитов и снижение интенсивности кровоснабжения печени, прогрессирует фиброз. Избыточному коллагенообразованию у лиц пожилого возраста способствуют ишемия и/или гипоксия печени, что приводит к угнетению активности звеньев ее функциональной деятельности. Так, в старости на 30 % снижается скорость синтеза печенью белков, уменьшается ее участие в жировом, углеводном, пигментном, водно-электролитном обмене, угнетаются антиоксидантная, витаминотропная и другие функции. Ускорению процессов инволютивных изменений в печени способствуют неблагоприятные экологические факторы, нерациональное питание, количество лекарственных препаратов, употребляемых для лечения сопутствующих возрастных заболеваний, длительно протекающие вирусные и невирусные заболевания печени, хронические воспалительные заболевания желчного пузыря, кишечника, гинекологической сферы, органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания.

Наиболее частой причиной диффузных изменений паренхимы печени у пациентов пожилого возраста является избыточная жировая инфильтрация, которая способствует формированию стеатоза, частота встречаемости которого к 60 годам достигает более 86 %.

Снижение функции печени нарушает пищеварение и, как следствие, усвоение экзогенно поступающих веществ у людей пожилого и старческого возраста. При этом часто отмечаются повы-

шенное образование газов в кишечнике, боль в эпигастрии после приема пищи, пониженный аппетит, быстрая насыщаемость, плохая переносимость молочных продуктов, тугоплавких жиров, жирных сортов мяса и рыбы, а также нарушения стула. Инволютивные изменения пищеварительных желез, нарушение моторики *кишечника* приводят к снижению объема пищеварительных секретов, снижается и скорость ферментативных процессов переваривания и всасывания компонентов пищи. Подобные изменения в стареющем организме способствуют развитию кишечного дисбиоза. В пожилом возрасте наблюдается целый ряд его последствий: снижение защитной функции микрофлоры; понижение способности кишечной микробиоты перерабатывать холестерин на фоне значительного увеличения числа штаммов, синтезирующих его; ускорение процессов старения организма вследствие дефицита витаминов, микроэлементов и нарушения аминокислотного обмена; нарастание бродильных и гнилостных процессов; нарушение гепатоэнтеральной циркуляции с образованием токсичных веществ и повышение интоксикации организма, что неизбежно ведет к сокращению периода активного долголетия и обострению или усугублению течения хронических заболеваний, в первую очередь заболеваний печени.

Таким образом, в связи с наличием латентно протекающих хронических заболеваний печени лицам пожилого и старческого возраста целесообразно проводить комплексные обследования с целью ранней диагностики печеночной патологии. П. В. Селиверстов рекомендует для профилактики заболеваний печени на фоне неизбежного ее старения применять препараты с многонаправленным действием на различные звенья патогенеза поражений печени. Так, предпочтение отдается препаратам, обладающим способностью стабилизировать клеточные мембраны, устранять митохондриальную дисфункцию, улучшать состояние липидного, белкового и минерального обмена, стимулировать регенераторные процессы, повышать функциональную активность физиологической антиоксидантной системы и поддерживать кишечный микробиоценоз [5].

Старение половой системы и сексуальная активность. Все процессы в организме находятся под контролем нервной, иммунной и эндокринной систем, а половые гормоны – это часть управленческого аппарата. Женщина репродуктивного возраста от старости защищена в первую очередь половыми гормонами, но как только яичники начинают угасать, нарушается жировой, углеводный и минеральный обмен, развиваются недружественные процессы в органах и тканях, которые чувствительны к половым гормонам. Вдобавок к этому, нарушается кровообращение и замедляются процессы синтеза.

Сексуальная сфера имеет большое значение в жизнедеятельности человека. Согласно исследованиям, проведенным в этой области, многие люди не верят в существование половой жизни в зрелом возрасте. Но на практике выяснилось, что это убеждение не совсем верно. В возрасте 70 лет импотенцией страдают лишь 15 % мужчин. Однако около четверти мужчин в возрасте 66–70 лет не имеют секса, около половины занимаются сексом один раз в месяц, четверть из них – раз в неделю, и около 2 % – два раза в неделю. На женской выборке было обнаружено, что 74 % не имели секса, 16 % занимались сексом один раз в месяц, и 10 % – один раз в неделю. В целом было установлено, что модель сексуальной активности в пожилом возрасте является продолжением модели сексуальности в более раннем возрасте: люди, которые наслаждаются сексом на протяжении всей своей жизни, будут продолжать наслаждаться им и в более позднем возрасте.

Возрастные изменения жировой ткани. Человек склонен набирать вес из-за явного увеличения количества жировой ткани в организме. У женщин ожирение более распространено, а у мужчин, как правило, жир концентрируется в области живота. Любое ожирение явно повышает риск развития диабета у взрослых и является началом возникновения хронических заболеваний, таких как гипертония, диабет и болезни сердца. Чтобы замедлить процесс прогрессирующего и возрастного ожирения (для обоих полов), ежедневное потребление калорий следует сокращать по мере увеличения возраста наряду с выполнением аэробных упражнений.

Внешние признаки старения. Старение – это прежде всего структурные и функциональные изменения внутренних органов и систем, что проявляется во внешности человека. Возрастные изменения эндокринной системы (в особенности половые гормоны) оказывают множественные воздействия на различные органы и ткани, связываясь со специфическими рецепторами, расположенными в костной ткани, в артериях, коже и ее придатках, в частности в волосяных фолликулах, на слизистой оболочке полости рта и гортани и во многих других органах. Именно эти рецепторы имеют большое значение в проявлении внешних признаков старения. К внешним сигналам, говорящим о том, что человек вступил в период старости, относятся морщины и деформация лица, фигуры, походки и осанки, седина и поредение волос, качество зубов и слизистой оболочки полости рта, голос.

Все остальные процессы скрыты от непосредственного наблюдения. Невозможно увидеть возрастной атеросклероз сосудов головного мозга или структуру костной ткани, но по косвенным внешним признакам можно сказать, сколько человеку лет.

Кожа пожилого человека имеет характерный вид: с возрастом она становится тонкой, теряет эластичность, повышается ее чувствительность, она медленнее восстанавливается. Эти процессы год за годом нарастают после 50 лет. У здорового человека изменение подхода к питанию и образу жизни вкупе с использованием достижений современной косметологии частично позволяет смягчить и замедлить проявления естественного процесса старения кожи. Резкие возрастные изменения кожи представляют собой симптом преждевременного старения. Также патологией является смещение процессов старения на семь и более лет.

Почему кожа так меняется после 50? На то есть множество причин: замедление кровообращения, нарушение метаболических процессов, снижение чувствительности рецепторов к гормону инсулину (инсулинорезистентность – это состояние, при котором глюкоза крови хуже усваивается). Согласно популярной теории гликации Мейлорда, старение организма вызывается неферментативными реакциями между моносахарами и белками, то есть кол-

лаген состаривается, формируя прочные связи с сахарами. Следовательно, для сохранения молодости и здоровья необходимо снизить потребление сладкого.

Кроме изменения качества кожи, на ней появляются *новообразования*, которые называются синильными, старческими: это синильные кератозы, синильные гиперпигментации. Единичные синильные кератозы у 50-летнего человека являются вариантом нормы, множественные – маркером преждевременного старения. Климактерическая кератодермия (синдром Хакстхаузена) – гипоестрогенный климактерический дерматит с преимущественным нарушением процессов кератинизации в роговом слое эпидермиса (трещины на пятках) – маркер раннего наступления менопаузы, фактор риска развития остеопороза, атеросклероза и других системных состояний, которые в дальнейшем повлияют не только на внешний вид, но и на здоровье и продолжительность жизни в целом.

Лицо стареет сверху вниз начиная с третьего десятилетия жизни. В этом возрасте у людей со славянским типом внешности появляются поперечные морщины лба, первые вертикальные морщины межбровья, «гусиные лапки» вокруг глаз, носослезные борозды. Все эти изменения могут произойти совместно или изолированно в зависимости от индивидуальных анатомических особенностей, типа питания, мимики, особенностей ухода за лицом и т. д. С 30 до 40 лет все изменения верхней трети лица прогрессируют, и на них наслаиваются изменения средней трети лица: появляются носогубные складки, малярные мешки, сокращается объем скул, происходит уменьшение в размерах и смещение вниз жировых пакетов лица. В период с 40 до 50 лет вдобавок ко всем перечисленным процессам добавляются изменения нижней трети лица: изменяется овал лица, появляются «брыли», «морщины марионетки», происходит стремительное уменьшение объема губ. Линия контура губ с возрастом становится размытой и нечеткой, развивается сухость их красной каймы, а сами губы утрачивают привлекательный объем и уплощаются, выглядят более узкими. Цвет губ утрачивает яркость и насыщенность, на них формируется вер-

тикальная складчатость. Одним из проявлений возрастных изменений становится резорбция кости верхней челюсти, которая обуславливает удлинение кожной части верхней губы, сглаживание колонн филтрума.

Среди других изменений в области лица, обусловленных возрастными факторами, можно отметить атрофию подкожной жировой клетчатки под нижней губой, опущение уголков рта, формирование губоподбородочных складок и горизонтальной морщины на подбородке.

Эти процессы протекают при всех типах старения кожи (мелкоморщинистом, деформационном, комбинированном, мускульном) примерно в одинаковые сроки, но с разной степенью выраженности.

Одним из наиболее заметных признаков старения является *появление седины и истончение волос*. С возрастом снижается функция меланоцитов и сокращается синтез меланина в волосах, кожа головы и волосы подвергаются как внутреннему (физиологическому), так и внешнему (преждевременному, происходящему под воздействием внешних факторов) старению. В связи с изменением метаболизма андрогенов часто наблюдается поредение волос в лобно-теменной зоне, истончение волос в связи с изменением баланса белков и минеральных веществ. Особую актуальность эта тема приобретает в ситуации, когда на дисбаланс половых гормонов накладываются патология щитовидной железы или атеросклеротические изменения сосудов, что нередко бывает после 50 лет.

Поседение волос происходит из-за недостатка тирозина, содержащегося в качестве компонента практически во всех белках, а потому ранняя седина может возникнуть раньше времени у людей, увлекающихся диетами, исключаящими богатые белком продукты. Кроме того, седина может появляться при нарушениях в работе нервной и эндокринной систем, при ограниченном поступлении в организм витаминов, малокровии, хроническом переутомлении и длительном пребывании на солнце, а также при дефиците меди (много ее содержится в печени, орехах, пророщенной пшенице, чечевице, фасоли и петрушке). Предотвратить этот процесс поможет парааминобензойная кислота, которая способствует

полноценному усвоению белков, а также участвует в образовании эритроцитов, доставляющих кислород к клеткам. Она содержится в мясе, печени, молочнокислых продуктах, в том числе в сырах, яйцах, злаках, семенах и орехах.

Возрастное изменение голоса. Пресбифония – термин, используемый для обозначения физиологических возрастных изменений голоса, характерных для пожилого и старческого возраста. У пожилых людей его диапазон относительно узкий, голос отличается грубым тембром, нестабилен по силе. Меняется и его высота. Степень выраженности возрастных изменений голоса зависит от состояния организма, образа жизни, конституциональной и расовой принадлежности, наследственных, социальных и экологических факторов.

Хриплый, с придыханием «голос старика» очень часто воспринимается врачами и пациентами как возрастная норма. Но нарушения голоса часто сочетаются с нарушениями глотания, что приводит к ухудшению качества жизни и может проявляться депрессивными состояниями и социальными нарушениями. Голосовой аппарат в норме изменяется после 60 лет. Более раннее изменение голоса является проявлением преждевременного старения. Уменьшается жизненная емкость легких, эластичность скелета грудной клетки, ослабевают мышцы шеи и гортани. В результате снижается сила голоса, укорачивается фонационный выдох. Меняется и лицевой скелет: мышечный аппарат становится слабым, что приводит к снижению артикуляции и появлению адиадохокинеза при произношении повторяющихся слогов. Гортань смещается книзу. Наблюдается дезорганизация коллагеновых волокон, что приводит к увеличению плотности голосовых складок и формированию более высокого тона голоса у мужчин. Для женщин, наоборот, характерны атрофия голосовых складок и снижение частоты основного тона. Кроме того, в гортани нарушается слизеобразование, что обусловлено атрофическими процессами в железистых структурах слизистой оболочки. Дегенеративные изменения в собственной пластинке слизистой оболочки гортани приводят к замедлению

вибраторных колебаний голосовых складок во время фонации. В конечном итоге эти процессы ведут к неполному смыканию голосовых складок при производстве звуков.

Возрастные изменения сенсорных систем

Старение зрительной системы. Хрусталик глаза с возрастом теряет эластичность и способность к аккомодации. Это отражается на восприятии глубины пространства. Характерные возрастные заболевания глаз – катаракта (потеря прозрачности хрусталика) и глаукома (увеличение давления внутри глазного яблока) – ведут к ухудшению зрительного восприятия и слепоте.

Из-за проблем со зрением многие пожилые люди испытывают неуверенность и плохо ориентируются в незнакомых местах. Развитию трудностей с пониманием местоположения и определением пути движения способствует снижение способности восприятия определенной информации в потоке однотипных сведений. Специалисты связывают это с постепенной утратой остроты зрения и способностью фокусировки зрения на заданном объекте (особенно при ярком освещении). Пожилому человеку становится трудно рассматривать детали, возникают сложности с быстрой обработкой зрительных стимулов.

Старение слуховой сенсорной системы. Слух ухудшается, особенно у мужчин. Пожилому человеку становится труднее различить голос на фоне шума, у него снижается чувствительность к высоким тонам, происходит выпадение шипящих (возникают трудности с различением таких звуков как «ш», «с», «ч» и др.). В результате человек может производить впечатление неадекватного, невнимательного, «соображающего с трудом». С другой стороны, это может спровоцировать замкнутость и подозрительность пожилого человека, который может обвинять окружающих в том, что с ним намеренно разговаривают тихо и невнятно.

Вкусовая чувствительность пожилых людей часто ослабляется. Отмечается, что многим пожилым требуется больше соли и сахара в пище, чтобы уловить соответствующий вкус. Также затрудняется определение нескольких вкусов в пище со множеством ингредиентов.

Способность к обонянию снижается, но обостряется резкое неприятие некоторых запахов, которые прежде воспринимались нейтрально или положительно. Раздражительность, связанная с запахами, по всей видимости, развивается как компенсаторный механизм: снижение чувствительности органов чувств вызывает чрезмерные реакции мозга, пытающегося усилить поступающие в него сигналы.

В процессе старения возрастают *пороги тактильной и температурной чувствительности*. Пожилые люди могут выдерживать довольно сильные болевые раздражители, не воспринимая их как болезненные. Снижение чувствительности кожи связано с уменьшением количества рецепторов, которое наступает в результате ее сморщивания и увядания. Не исключается и роль центральных механизмов нарушения проведения и обработки нервных импульсов в ЦНС.

Избирательно страдает *вибрационная чувствительность*. При относительно высокой частоте вибрации (250 Гц) пожилые люди хуже определяют ее силу, чем при низких частотах (например, 25 Гц).

Возрастные изменения моторной функции. Эта область относится к действиям, требующим координации между органами чувств и активностью мышц, например, таким как вождение автомобиля, когда водитель видит пешехода и жмет на тормоз. В пожилом возрасте активность нервной системы замедляется и, как следствие, скорость реакции снижается. Кроме того, снижаются скорость сухожильных рефлексов, моторная сила, нарастает мышечная ригидность, наблюдается бедность мимики, жестов и содружественных движений, происходит изменение походки (мелкие шажки), появляется тремор.

Особенности сна в пожилом возрасте

Пожилым людям в среднем требуется меньшее количество времени для сна, чем молодым. Но пожилые хуже засыпают, чаще просыпаются, дольше остаются в кровати утром и в итоге тратят на пребывание в постели больше времени. Нарушениями сна счи-

тают бессонницу, которая может выражаться в позднем засыпании, раннем пробуждении, множественных циклах засыпания-пробуждения, а также дневные засыпания, в том числе в неподходящих местах и неудобных положениях. Сами по себе нарушения сна не являются непременным атрибутом старости, и в целом они хорошо поддаются коррекции, однако общее угасание организма влечет повторяющиеся нарушения, а они, в свою очередь, становятся фактором ухудшения самочувствия и здоровья.

Нарушения сна обычно вызываются заболеваниями, приемом лекарственных препаратов и различными состояниями тревоги, нервозности, заикленности на одних и тех же мыслях. Психофизиологические факторы затрудняют здоровый сон, а беспокойство из-за плохого сна способно еще больше осложнить ситуацию. Подобный замкнутый круг связывают с условно-рефлекторным возбуждением, которое сохраняется даже после преодоления психологических проблем.

Все вышеописанные особенности демонстрируют многомерность и комплексность происходящих в старости биологических изменений. Существуют способы поддержания здоровья, такие как адекватная физическая нагрузка, правильное питание, прием определенных препаратов и т. д. Однако рано или поздно процессы старения изменяют жизнь пожилого человека в негативную сторону, делая его физически слабее и уязвимее. Поэтому первоочередной задачей геронтологов стало не просто изучение особенностей старения и их научное объяснение, но поиск способов увеличения продолжительности жизни, особенно активной и относительно здоровой части населения.

Американский миллионер Дж. Рокфеллер (1839–1937) мечтал во что бы то ни стало дожить до ста лет. Он затрачивал массу средств на поддержание своего здоровья, личную гигиену и правильное питание. Но он не достиг своей цели и умер в возрасте 98 лет. В настоящее время известно, как можно увеличить среднюю продолжительность жизни и достигнуть потенциального долголетия. Это возможно за счет ведения правильного образа жизни, куда входят прежде всего посильный труд, постоянная мышечная

деятельность, рациональное питание и активный отдых. Но как увеличить естественную продолжительность человеческой жизни, пока не выяснено.

Существуют разные теории, раскрывающие причины наступления физиологической старости. Это классические теории, например, эндокринная теория Ш. Броуна-Секара, микробиологическая теория И. И. Мечникова, нейрогенная теория И. П. Павлова, а также современные представления о механизмах старения: эпигенетическая гипотеза, теория нейромедиаторного дефицита, свободно-радикальная-митохондриальная теория старения, теория «встроенных часов».

Согласно *эндокринной теории* французского физиолога Ш. Броуна-Секара, в процессе старения важную роль играют половые железы. Он показал, что жизненный тонус стареющих организмов повышается после инъекций вытяжек из семенников. Сторонник эндокринной теории С. А. Воронов пересаживал семенники обезьяны человеку. Эти операции временно стимулировали жизнедеятельность организма, и создавалось впечатление омоложения, однако старческие признаки появлялись вновь. Выяснилось, что старость – процесс необратимый, а половые гормоны, стимулируя жизнедеятельность постаревшего организма, нарушали его физиологические функции, заставляли выполнять непосильную нагрузку, что ухудшало условия существования организма и ускоряло наступление смерти [6, с. 323–325].

Микробиологическая теория старения И. И. Мечникова рассматривает причины патологического преждевременного старения. Илья Ильич считал, что в толстом кишечнике накапливается большое количество пищевых остатков, и прежде, чем окончательно сложиться в фекальные массы, они подвергаются глубокому химическому превращению, главным образом гнилоственному разложению под влиянием жизнедеятельности бактерий, и продукты этих процессов, частью токсические, всасываясь через стенки кишечника в ткани организма, вызывают медленное, но систематическое отравление. Он рекомендовал употреблять в пищу кисломолочные продукты («мечниковскую простоквашу»), которые бы заменяли

гнилостные бактерии на полезные молочнокислые бактерии. Также И. И. Мечников разработал учение о правильном образе жизни – ортобиозе как средстве профилактики и предупреждения преждевременной старости [7]. Данная теория правильно объясняла только некоторые явления старости, но не раскрывала ее сущности во всем объеме.

Согласно *нейрогенной теории И. П. Павлова*, главенствующую роль в процессах старения играет состояние нервной системы человека. В 1924 г. в Ленинграде произошло наводнение, во время которого была затоплена лаборатория И. П. Павлова, и ее сотрудникам пришлось на лодках спасать собак. Такое происшествие не могло пройти бесследно для животных, и в дальнейшем собаки быстро начали стареть. Эти наблюдения привели И. П. Павлова к мысли о том, что в данном случае перенапряжение вызвало срыв нормальной нервной деятельности, наступил невроз, приведший к преждевременному старению. Соответственно, состояние нервной системы имеет значение в профилактике преждевременной старости [8, с. 150–153].

Иван Петрович создал учение об охранительном торможении как о нормальном физиологическом механизме. Это учение имеет непосредственное отношение к проблеме старения и долголетия.

Современные представления о механизмах старения связаны с накоплением мутационных генов, приводящих к синтезу дефектных белков. Изменения на молекулярном уровне приводят к функциональным нарушениям на более высоком уровне. *Эпигенетическая гипотеза* изменений когнитивных процессов стареющего мозга предполагает ковалентные модификации ДНК и посттрансляционные изменения ядерных белков, которые ведут к необратимым переменам в структуре хроматина. Например, возрастное ухудшение памяти относится к дезинтеграции функций, анатомически связано с гиппокампом и префронтальной корой мозга. М. Р. Пеннер с соавторами дают нейробиологическое обоснование связанного с возрастом дефицита памяти, включая aberrантные (то есть «сбившиеся с правильного пути») изменения в транскрипции генов, которые влияют на изменение пластичности стареющего мозга [9].

Нейромедиаторный дефицит при старении мозга обусловлен изменением активности восходящих нейротрансмиссерных систем, иннервирующих кору головного мозга. Доказано уменьшение активности дофаминергической системы (что непосредственно связано с развитием экстрапирамидных нарушений, паркинсонизма). Изменения происходят и в норадренергической, ацетилхолинергической и глутаматергической системах.

Свободно-радикальная митохондриальная теория старения описывает старение, как и развитие любой патологии мозга, через нарушение баланса про- и антиоксидантных систем в клетке. Особенностью метаболизма мозга является интенсивный окислительный обмен. Потребление кислорода тканью мозга составляет 3–4 мл на 100 г в 1 мин. Уменьшение этой величины до 1,5 мл на 100 г в 1 мин и ниже приводит к значительным нарушениям нейронов [10]. Старение вызывается скоплением в организме остатков метаболизма кислорода. Повреждение тканей мозга демонстрирует накопление свободных радикалов (супероксид-аниона, гидроксид-радикала и пероксинитрита), примерно в десять раз превышающее норму. В нормальных условиях эти соединения обнаруживаются только в следовых количествах. Свободные радикалы – высокоактивные химические агенты, готовые вступить в химическую реакцию с другими внутриклеточными химическими соединениями и нарушить нормальное функционирование клетки. Было показано, что ген *Bmi1* напрямую управляет процессом дегенерации нейронов сетчатки глаз и коры головного мозга, воздействуя на механизмы защиты от свободных радикалов. При отсутствии гена *Bmi1* происходит активация белка *p53*, что приводит к смерти клеток и появлению сопутствующих явлений – росту концентрации реактивных форм кислорода и повышенной чувствительности к воздействию нейротоксинов.

Теория «встроенных часов» предполагает, что в гипоталамусе или гипофизе существует единый механизм – пейсмейкер, или «водитель ритма». Вскоре после полового созревания гипофиз начинает выделять гормон, запускающий процесс старения, который

будет протекать с определенной скоростью. Для каждого организма есть генетически обусловленная программа клеточного деления в онтогенезе. Возможно, что биологические часы также управляют иммунной системой человека, которая до 20 лет набирает силу, а затем постепенно ослабевает.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что представленные теории акцентируют свое внимание на каких-либо отдельных особенностях пожилого возраста, но не позволяют сформировать целостное представление о процессе старения и его причинах. Для него характерна гетерогенность, что выражается в разновременности начала процессов старения различных органов и систем, их разной скорости протекания, а также различной направленности изменений. Старение организма может начинаться с различных органов. У одних людей в первую очередь оно затрагивает структуры ЦНС, у других – эндокринную систему, у третьих – систему кровообращения. Совершенно очевидно, что это неизбежно должно привести к разнообразным вариантам течения старения у различных людей на фоне некоторых общих фундаментальных механизмов этого процесса.

Биологический возраст определить сложно, потому что отдельные признаки старости появляются в разном хронологическом возрасте и характеризуются различной скоростью нарастания. Суммарный результат многочисленных частных проявлений старения на уровне целостного организма связан со снижением жизнеспособности особи в связи с возрастом, уменьшением эффективности ее адаптационных механизмов.

Итак, многие ученые считают, что процесс старения начинается с изменений в какой-либо одной системе организма. Сдвиги в ее деятельности приводят к возрастным изменениям во всем организме.

Возрастные физиологические изменения представляют собой важный фактор достижения психологического благополучия в пожилом возрасте. Соответственно, адаптация к возрастным изменениям является важной задачей данного возрастного этапа.

§ 3. Психологические аспекты старения

Художник Тициан написал картины «Пьета» и «Смерть Актеона» в возрасте 87 лет; И. В. Гёте закончил драму «Фауст» в возрасте 82 лет; пианист А. Рубинштейн прекрасно играл в возрасте 89 лет. Целый ряд пожилых ученых и деятелей культуры демонстрировали выдающиеся результаты в позднем возрасте. Если бы «старики» прекратили свою деятельность, некоторые из величайших достижений человечества не состоялись бы. Эти факты противоречат взгляду на старость как на период увядания и регресса. В психологии пожилой возраст не является таким же популярным, как дошкольный или подростковый. Однако единой теории старения в психологии, как и в биологии, не существует.

Пожилый возраст анализируется в различных направлениях психологии.

В рамках *экзистенциализма* старость рассматривается не просто как естественный, но как благоприятный период жизни, целью которого является достижение мудрости. Старость избавляет человека от диктата внешних обстоятельств: он перестает исполнять множество обязанностей, связанных с трудовой деятельностью и воспитанием детей. В итоге он обретает большую свободу, чем в период взрослости. Согласно теории «последнего взгляда», разработанной в рамках этого направления, главной задачей старости является подведение итогов прошедшей жизни.

В *психоанализе* Э. Эриксон рассматривал старость как завершающую фазу жизни человека, последнюю из восьми возрастных стадий. Смысл данного периода он видел в подведении итогов жизни и принятии ее результатов, удовлетворенности ими, что соответствует позитивному пути прохождения данной стадии. Отрицательные личностные проявления (ипохондрия, агрессия, старческое слабоумие и т. д.) являются симптомами прохождения периода старости по негативному пути, а не нормативными возрастными особенностями [11].

Идеи А. Адлера являются весьма продуктивными для анализа старения: в терминах его теории старость можно рассматривать как борьбу с чувством неполноценности, обусловленным физио-

логическими изменениями, сменой социального статуса и другими особенностями пожилого возраста [12].

К. Г. Юнг считал старость временем, благополучным для саморазвития, самопознания и самореализации личности, и называл его периодом индивидуации. В этом возрасте человек способен принять как свое женское, так и мужское начало, что способствует достижению внутренней гармонии. В молодости человек занят построением социальных связей, однако жить в старости по законам молодости неконструктивно. Стремление активно включиться в общественную жизнь, несмотря на возраст и состояние здоровья, является примером такой неправильной установки. К. Г. Юнг анализирует «бунт против старения», отчаянные попытки пожилого человека сохранить статус зрелого, продиктованные неприятием настоящих и будущих изменений в жизни. Эта позиция проявляется в стремлении скрыть внешние признаки старения, сохранить трудовые обязанности и особенности проведения досуга в том же состоянии, что и в период взрослости, стремлении одеваться «не как старуха», негативной реакции на вербализацию своего возраста («Не называй меня бабушкой!»). Однако переоценка собственных возможностей может привести пожилого человека к ухудшению здоровья и депрессии. Страх собственного старения К. Г. Юнг связывает с тем, что многое для пожилого человека остается непережитым, неиспытанным, нереализованным. И эта неудовлетворенность и понимание того, что некоторые желания уже не будут реализованы, заставляют человека смотреть назад в попытке растянуть свою жизнь, чувствовать себя более молодым и полным возможностей [13, с. 185–203]. Напротив, пожилой человек должен больше времени уделять собственному внутреннему миру, постижению собственной самости. Конструктивное приспособление к процессу старения К. Г. Юнг видит в выработке целостного взгляда на прожитую жизнь, который становится возможен благодаря процессу самосозерцания, направленному на собственный внутренний мир. Это не означает отказа от участия в социальной жизни, однако внешняя активность не должна доминировать над активностью внутриличностной.

В рамках теории *символического интеракционизма* старость рассматривается как взаимное приспособление пожилого человека и общества друг к другу. Пожилой человек приспособляется к особенностям жизни и мироотношения более молодых поколений, к изменившемуся общественному устройству в целом и к собственному старению. В свою очередь, современное общество приспособляется ко все растущему количеству пожилых людей.

Одним из общепринятых постулатов отечественной *психологии деятельности* является представление о том, что в процессе жизненного пути личность всегда развивается. И поздний возраст не является исключением.

Одним из ее подходов является анализ *жизненного опыта* как важнейшего психологического новообразования пожилого возраста и старости. Исследователями подчеркивается, что, наряду с инволюционными, наблюдаются процессы прогрессивного развития, целью которых становится достижение нового уровня взаимосвязи личности и окружающего мира, прежде всего социального (Л. И. Анциферова, Е. Ф. Рыбалко, Н. Ф. Шахматов и др.). Более того, позднему возрасту придается особое значение, так как именно с позиции старости можно сформировать целостный взгляд на жизнь человека. Одной из детерминант развития личности на данном этапе выступает субъектность. Способом аккумуляции субъектности выступает жизненный опыт, являющийся результатом оценивания событий жизни в системе ценностно-смысловых ориентаций личности. Таким образом, жизненный опыт интериоризируется, постоянно становясь объектом самоанализа и рефлексии. Наряду с процессом «извне вовнутрь» (интериоризацией), разворачивается обратный процесс – экстерииоризация. Личность нуждается в возможности трансляции собственного жизненного опыта (например, через искусство или обучение других). В современном обществе доля пожилых стремительно продолжает расти. Поэтому общество должно обеспечить пожилым людям возможность для защиты собственной личности (ее ценности, уникальности и автономности), а также для интеграции и трансляции их жизненного опыта как главной ценности возраста [14].

Созвучной подходу анализа жизненного опыта выступает теория *психологического витайкта* (лат. *vita* – жизнь, *auctum* – увеличивать), базирующаяся на адаптационно-регуляторной концепции В. В. Фролькиса. В данной концепции подчеркивается, что в преклонном возрасте наряду с процессами разрушения организма происходят процессы компенсации, восстановления, репарации, защиты и резервации. О. Н. Молчанова считает, что в психологическом плане также существуют механизмы, позволяющие личности противостоять снижению ценности собственного Я, компенсировать негативные личностные характеристики и стабилизировать Я-концепцию. По результатам практического исследования она делает выводы об изменении структуры самооценки лиц позднего возраста: происходит их фиксация на позитивных чертах своего характера, снижаются идеальные и достижимые самооценки, наблюдается относительно высокий уровень самоотношения и ретроспективный характер самооценки, высокая самооценка собственных отношений с людьми и успехов в труде, ориентация на жизнь детей и внуков. Таким образом, личность в старости сохраняет позитивную самооценку и Я-концепцию [15].

Итак, представители различных психологических подходов единодушны в том, что старость является одним из важнейших периодов в жизни личности. Это период не просто подведения итогов собственной жизни, но и конструктивного психологического развития, движения вперед к целостности собственной личности и достижению мудрости.

Единой концепции старения в психологии, как и в биологии, не существует. И причины этого весьма схожи: обилие возрастных изменений, их гетерохронность, различная направленность и интенсивность. Рассмотрим главные возрастные психологические особенности старости.

Когнитивные особенности старения. Ранее считалось, что *уровень интеллекта* падает с возрастом, но в настоящее время это предположение опровергнуто: «кристаллизованный» интеллект, связанный с увеличением жизненного опыта и общей осведомленности, с возрастом даже улучшается, тогда как «текучий»

интеллект (оперативная обработка информации) действительно снижается. Ухудшаются функции, обусловленные физиологией: скорость и точность познавательных процессов, функции классификации, сравнения и категоризации. Однако происходит их компенсация за счет функций письма, счета, понимания речи и т. д. Сохранение интеллекта связано как с активностью самой личности (поддержкой своих интеллектуальных способностей путем чтения, обучения и т. д.), так и с внешними и внутренними факторами, обусловленными интенсивностью воздействия раздражителей (болезнь, изоляция, стресс и т. д.). Особенностью пожилых людей является приверженность знакомым стереотипным решениям, а также выполнение меньшего объема заданий в случае, если необходимо задействовать восприятие и память. Кроме того, в возрасте старше 65 лет скорость обучения, как правило, снижается. При проведении сравнительных исследований между выборками молодых и пожилых респондентов необходимо учитывать разницу в уровне образования и социального опыта, а также особенности здоровья последних.

Также нельзя говорить об общем *снижении креативности*: например, в гуманитарных науках уровень креативности сохраняется, в то время как в точных науках наблюдается ее умеренный спад. Есть также люди, которые раскрывают свои творческие способности только в старости, после того как они были освобождены от социальных норм и обязательств.

Одним из распространенных мнений о старости является вера в сопровождающее ее *ухудшение памяти*. Действительно, более 65 % пожилых людей сообщают о проблемах с памятью, несмотря на разнообразие методов ее улучшения, известных сегодня. Изменения происходят в механизмах памяти. У людей в возрасте 70–90 лет больше страдает механическое запоминание, лучше всего сохраняется логическая память, а образная память по инволюционным сдвигам занимает промежуточное положение. Ведущим типом памяти в старческом возрасте является смысловая.

Если говорить в целом о когнитивной сфере личности пожилого человека, то необходимо отметить, что лучше сохраняются

те ее функции, которые и в зрелом возрасте были ведущими, задействованными в профессиональной деятельности, то есть активно использовались и тренировались. У ученых, например, не изменяются с возрастом запас слов и общая эрудиция, у инженеров – невербальный интеллект, у водителей и летчиков – острота и поле зрения.

Эмоциональные особенности старения. У пожилых людей часто отмечается преобладание депрессивно-тревожного фона настроения в связи с потерей близких, друзей, уходом от активной жизни, падением социальной самооценки, угрозой беспомощности и зависимости от окружающих. Помимо этого, происходит ухудшение нейрохимии и мозгового кровообращения, что само по себе приводит к отрицательному эмоциональному сдвигу. Эмоции сильно зависят от представлений человека об итогах прожитой жизни: если есть сожаления о неправильно выбранном пути и об упущенных возможностях, то депрессивность будет возрастать. Однако не всегда негативный эмоциональный фон является непременным атрибутом старости.

Возрастные изменения личности в старости. Очень часто старость сопровождается усилением и заострением прежних свойств личности (мелочность превращается в скупость, сензитивность – в обидчивость, тревожная мнительность – в подозрительность). С другой стороны, проявляются скрытые до этого формы реагирования, развиваются возрастные, нивелирующие индивидуальность черты: консерватизм, нетерпимость, переоценка прошлого, обидчивость, эгоцентризм, эмоциональное притупление или, наоборот, чрезмерная степень эмоционального реагирования, подозрительность, скупость, ипохондричность, психическая ригидность, утрата интереса к внешнему миру, сужение эмоциональных контактов и связей, общий возрастной сдвиг в сторону интроверсии.

Часто может наблюдаться полярность черт: наряду с упрямством и невнимательностью к доводам – повышенная внушаемость и легковерие, наряду со сниженной эмоциональной отзывчивостью – слезливое слабодушие и чувствительность.

Так как личностные изменения менее жестко запрограммированы, чем биологические, психологи склонны говорить об индивидуальных стилях старения. Возможен вариант сглаживания острых черт характера, отход от мелочей жизни и выделение главных ценностей, умиротворение.

Возрастные изменения психической деятельности представляют собой новое структурное образование, а не сумму дефицитарных сдвигов. Конечно, для старости характерно снижение психической активности, интегрирующих видов деятельности, но задачи, требующие использования прошлого опыта, прочно освоенных знаний, решаются продуктивно.

В старости наблюдается повышенная склонность к ригидности и консерватизму. Многим пожилым людям трудно приспособиться к изменениям в собственной жизни. Они вызывают беспокойство и, следовательно, стремление придерживаться привычных моделей поведения (например, можно понять настойчивость многих пожилых людей не покупать для дома новые бытовые приборы или не пользоваться новыми технологиями).

Однако старение сопровождается рядом психологических и личностных изменений. Центральное изменение, которое происходит в процессе старения, это изменение мировоззрения (системы взглядов, оценок и представлений человека об окружающем мире и месте человека в нем). Оно касается двух основных аспектов: во-первых, активности и вовлеченности в окружающую среду, и, во-вторых, возросшей озабоченности внутренним миром, тенденцией к внутреннему сосредоточению. Эта тенденция, по-видимому, связана как с уменьшением необходимости справляться с трудностями внешнего мира (карьерой, самореализацией), так и с переоценкой ценностей и принятием всей своей жизни. Такая озабоченность внутренним миром может привести к открытию новых смыслов и интересов (занятиям искусством, желанию инвестировать в собственную семью и т. д.). Однако если эта тенденция носит отрицательный характер, то общение с другими людьми может вызвать ощущение упущенных возможностей, чувство вины, депрессии и чрезмерного погружения в себя.

Очень часто старость сопровождается снижением самооценки. Это, очевидно, связано с изменениями в тех центральных аспектах, на которых человек основывает собственную самооценку (физические возрастные изменения, выход на пенсию). Самооценка пожилого человека и человека позднего возраста зависит от состояния его здоровья, наличия смыслов жизни, ее социальных и материальных условий. Тем не менее, удовлетворенность жизнью у пожилых людей сопоставима с таковой у взрослого населения. Снижение этого показателя было обнаружено только в возрастной группе от 61 до 70 лет, в «переходный период» старения. Кроме того, оказалось, что психическое здоровье и чувство благополучия в старости и зрелости зависят от различных факторов и могут быть изменены.

Несомненно, психическое здоровье в пожилом возрасте связано с личностными факторами, действующими на предыдущих возрастных этапах, а также с состоянием здоровья, семьи, общества и т. д. Помимо этих факторов, были обнаружены шесть основных аспектов психического здоровья, действующих на протяжении всей жизни человека, в том числе в период старости.

Самопринятие – центральный компонент, связанный с самореализацией, функциональными способностями и положительным восприятием всего жизненного пути.

Позитивные социальные отношения – наличие стабильных, теплых и конструктивных отношений по крайней мере с одним человеком (ребенком, супругом, другом и т. д.).

Автономия – чувство эмоциональной независимости, проявляющееся в самоконтроле поведения, отказе от подчинения давлению окружающей среды и в способности самостоятельно принимать решения о собственной жизни. Чувство автономии может быть подорвано функциональным упадком. Однако способность выбирать виды досуга, место жительства и т. д. может значительно укрепить его.

Контроль окружающей среды – способность человека выбирать или создавать среду, соответствующую его физическим, умственным и социальным потребностям.

Жизненные цели. На протяжении всей жизни имеют огромное значение цели, которые человек сам ставит перед собой. Их достижение может привести к чувствам удовлетворения и собственной значимости. В пожилом возрасте эти цели более краткосрочны и сфокусированы, но само их существование говорит о психологическом благополучии.

Личное развитие и движение к самореализации имеет огромное значение на всем жизненном пути. Это развитие может быть результатом приобретения новых знаний или навыков, получения новых впечатлений, присвоения нового жизненного опыта и т. д.

Когда один из этих аспектов серьезно нарушен, могут возникнуть эмоциональные трудности и расстройства. Многие пожилые люди чувствуют, что нет смысла стремиться к переменам из-за их преклонного возраста, но психотерапия часто приводит к выявлению основной трудности и созданию способов совладания с ней. Людям позднего возраста часто приходится сталкиваться с проблемой противоречия между психическими, духовными способностями и своими физическими возможностями.

Таким образом, как и в физиологическом плане, в психологии пожилого человека происходит целый ряд изменений, представляющих не только продолжение эволюции его личности, но и возникновение специфических возрастных новообразований.

§ 4. Социальные аспекты старения

Основным социальным статусом пожилого человека является *статус пенсионера*. Эта проблема вызывает немалый интерес в связи с тем, что потеря привычного места в обществе может тяжело переживаться пожилым человеком. Так называемый «шок отставки» возникает из-за отделения человека от референтной группы (коллег), значимого дела, снижения уровня материального благополучия и т. д. Процесс изменения статуса будет восприниматься пожилым позитивно при правильной подготовке и грамотном психологическом сопровождении.

Степень удовлетворенности пенсионера своим социальным положением зависит от объективных и субъективных особенностей его нового статуса, которые могут быть весьма разнообразны. Можно выделить следующие варианты статуса пенсионера:

– Неработающие и не желающие этого. Самая благополучная группа при условии удовлетворительного материального обеспечения пенсионера.

– Продолжающие карьеру. Пенсионер удовлетворен своим статусом, если он продолжает работать по собственной инициативе и его устраивают круг его рабочих обязанностей, рабочий график и т. д. Если пенсионер вынужден продолжать работать, это негативно сказывается на его внутреннем благополучии.

– «Вытолкнутые на пенсию». Самая неблагополучная группа, желающая продолжать работать, но не имеющая такой возможности, что может сопровождаться потерей смысложизненных ориентиров, снижением самооценки и ухудшением здоровья.

– Возобновившие работу после выхода на пенсию по другой специальности. Представители этой группы являются благополучными, если возобновление профессиональной деятельности происходит по инициативе пенсионера и не является вынужденной мерой, а также если новая трудовая деятельность удовлетворяет его желаниям.

Расширение рынка труда для пожилых людей позволит сделать выход на пенсию менее болезненным. Но в современной России эта проблема была отодвинута на второй план прошедшей пенсионной реформой, в результате которой был существенно увеличен пенсионный возраст как для мужчин, так и для женщин. Таким образом, у современных пожилых людей в нашей стране главной задачей стало достижение пенсионного возраста.

Можно выделить следующие фазы выхода на пенсию:

– Предпенсионная фаза. Подготовка к будущему статусу и формирование системы представлений и ожиданий от этого жизненного периода.

– Фаза «медового месяца». Период сразу после выхода на пенсию, сопровождающийся эмоциональным подъемом.

– Фаза разочарования и освобождения от иллюзий. В этой фазе эмоциональный подъем сменяется негативными эмоциями, вызванными разницей между ожиданиями и реальностью. Соответственно, чем реалистичнее представления пожилого об этом периоде жизни, тем меньшее разочарование его ожидает.

– Фаза переориентации. В этот период происходит выработка более адекватных представлений о будущем.

– Фаза стабильности, характеризующаяся принятием и исполнением роли пенсионера.

– Завершающая фаза. В этой фазе ведущей может стать другая роль – например, роль инвалида.

Очевидно, активное долголетие можно рассматривать не столько как отдельный феномен, сколько как результат гармонии человека с окружающей средой, прежде всего социальной. Самое главное в этой гармонии – психологический комфорт и удовлетворение жизнью. Здоровое старение, по-видимому, является ключом к счастью.

За последние шесть десятилетий достижения в области здравоохранения и улучшения условий жизни способствовали значительному снижению показателей смертности в большинстве регионов мира. Это означает рост продолжительности жизни при нормальном состоянии здоровья, то есть увеличение ожидаемого количества лет, которое человек может прожить относительно здоровым в определенном возрасте.

Относительно здоровая и обеспеченная старость – возможный вариант в современном мире, но иногда появляется враждебное чувство к старости и страх перед ней. Этот страх пришел из далекого прошлого, когда старому человеку не было места в общине или племени из-за дефицита ресурсов, когда его выбрасывали собственные дети, и это не вызывало никакого протеста ни у них, ни у общества. Это чувство называется геронтофобия (лат. *gerontos* – старец, *phobos* – боязнь) – страх старых людей или собственной старости. Есть и противоположное понятие – геронтофилия (лат. *gerontos* – старец, *phileo* – любить), или любовь к старым людям. С другой стороны, в традиционных обществах (японском, китайском,

американских индейцев) пожилому человеку отводится роль старейшины, мудреца. Этот социокультурный дуализм в отношении к старости уходит корнями в реальные противоречия общества.

Существует несколько теорий, описывающих взаимодействие общества и человека позднего возраста.

Одной из первых стала *теория социального освобождения*. Она предполагает возникновение пропасти между личностью и обществом, снижение энергии личности и уменьшение количества постоянных социальных контактов за счет выхода на пенсию, потери близких и ухода взрослых детей из родительского гнезда. В данной теории одиночество пожилого человека и трудности взаимодействия с обществом рассматриваются как само собой разумеющиеся.

Эта теория критикуется за актуализацию политики сегрегации, даже равнодушия к старым людям, и пропаганду деструктивного убеждения в том, что пожилой человек не нужен обществу и общество не нужно ему. На поздних этапах жизни качество активности и отношений может стать более важным, чем их количество, поэтому отношения с другими, особенно с внуками, соседями, друзьями, могут заменить утраченные. Как результат – пожилым людям легче найти себе занятие и способы проявить активность. Многие пожилые люди остаются активными, включенными в социальную жизнь. Это описывает альтернативная точка зрения – *теория активности*. Согласно ей, пожилые – такие же, как и люди среднего возраста, они имеют схожие психологические и социальные потребности, за исключением неминуемых изменений в физиологии и состоянии здоровья. Многие люди преклонного возраста удовлетворены собственной жизнью и не имеют тенденции удаляться от общественной деятельности. Таким образом, отдаление от общества является собственным выбором человека, а не обязательным атрибутом старения.

Как теория освобождения, так и теория активности являются предписывающими. Они основаны не на эмпирических фактах, полученных на выборке людей позднего возраста, а на некоем представлении о том, как стареть «правильно» и благополучно. Однако

они несколько упрощают психологические механизмы приспособления пожилых людей к социуму и не учитывают все факторы, влияющие на этот процесс.

Что, если человек в старости не хочет сохранять тот же уровень социальной активности, что и прежде? *Теория социального обмена* рассматривает уменьшение социальных обязанностей в старости и, соответственно, более свободный образ жизни как несомненное возрастное преимущество.

В *теории меньшинств* (или «наименования и маргинальности») пожилые люди понимаются как представители меньшинства, ущемляемого и дискриминируемого. В рамках данной теории было сформулировано понятие «эйджизм», означающее возрастную дискриминацию, пренебрежительное отношение к человеку в силу его возраста. Этот термин можно распространить на представителей различных возрастов, но чаще он применяется в отношении пожилых. Проблема эйджизма более подробно будет рассмотрена в конце параграфа.

Теория субкультуры определяет пожилых как группу людей с совокупностью своеобразных норм и ценностей, отличающихся от принятых в целом в обществе. Это отличие формируется благодаря уникальному жизненному опыту данной группы, а также в результате ее неприязни и дискриминации. Представители одной и той же субкультуры имеют сходный жизненный опыт и воспринимают друг друга скорее позитивно, что облегчает взаимопонимание между ними. Соответственно, для повышения уровня внутреннего благополучия в рамках теории считается благом создание специальных благоустроенных учреждений для пожилых людей (пансионатов для пожилых, домов престарелых). Однако общение с представителями своей возрастной группы заставляет пожилого человека заикливаться на болезнях и проблемах своего возраста.

Последняя теория – *теория модернизации* – объясняет общее ухудшение положения пожилых людей как следствие научно-технического прогресса в начале XX в. Причинами этого считаются урбанизация (переезд молодых в города с разрывом связей внутри многопоколенной семьи), рост массового образования (что

лишило пожилых людей функции источника мудрости в обществе), технологический прогресс (что привело к созданию рабочих мест, на которых не могут работать пожилые люди), а также успехи здравоохранения (которые привели к увеличению продолжительности жизни человека и, в частности, периода вынужденного бездействия с понижением статуса и ухудшением материального положения). Однако исследования показали, что изменение отношения к пожилым началось раньше и не было вызвано процессами модернизации.

Наряду с описанными теориями, необходимо рассмотреть *социальные факторы* (индикаторы, которые формируют отношение к пожилым людям), определяющие статус пожилых и старых людей в обществе. К ним можно отнести следующие:

- Доход: деньги и владение собственностью являются основой обеспечения независимости и безопасности пожилого человека.

- Ухудшение состояния здоровья пожилых и снижение их работоспособности.

- Знания и опыт: старые люди обычно владеют большей мудростью и опытом, чем молодые и взрослые, но освоение новых технологий дается им с трудом.

Роль преемственности знаний сегодня значительно ослабела. Стремительное развитие научно-технического прогресса обесценило понятие опыта пожилых, который сохранился только в некоторых областях науки и искусства. Опыт уже не эквивалентен знаниям, и пожилым не удается включиться в социальную эволюцию, поэтому они больше не являются «стратегическими учителями». Однако опыт пожилого человека сохраняет значимость в межличностных отношениях, ведь любовь, ненависть, зависть, дружба, прощение, другие человеческие чувства не потеряли своей актуальности.

В связи с утратой роли «стратегических учителей» и частой экономической несостоятельностью увеличиваются стереотипизация и предубеждения к старым людям.

Термин *социальный стереотип* был впервые использован в 1922 г., когда было проанализировано влияние имеющегося

знания о предмете на его восприятие и оценку при непосредственном контакте. Это значит, что стереотипы ориентируют человека в мире социальной информации.

Стереотипы о старости включают в себя набор негативных представлений в отношении трудностей, связанных с возрастом, когда происходит ухудшение здоровья, физических и умственных способностей, затрудняется повседневная деятельность, наконец, появляются физические признаки старости, такие как морщины, медлительность, сниженная скорость реакции, сниженный фон настроения и пр.

Эти стереотипы особенно интересны, поскольку мы все при удачном стечении обстоятельств попадем в эту группу, и то, как мы расцениваем пожилых и старых людей, является взглядом на наше собственное будущее.

В процессе старения тяжелее приходится женщинам, поскольку в нашей стране женщин позднего возраста втрое больше, чем мужчин из-за разницы в продолжительности жизни и последствий военных и послевоенных лет. Поэтому женщины чаще сталкиваются с проблемой одиночества в пожилом возрасте. Кроме этого, у женщины увеличивается вероятность бедности в старости, особенно если она не работала, ухаживая за детьми.

С точки зрения стереотипов, ценность женщины в обществе определяется ее сексуальной привлекательностью, а также исполнением ролей жены и матери. В этом смысле ценность мужчин зависит от социального статуса и дохода. Соответственно, в старости женщинам больше переживаний доставляют внешние признаки старения, тогда как мужчинам – потеря материального достатка и положения в обществе.

Старость – это период накопления множества потерь за относительно короткий промежуток времени. Пожилые люди переживают большое количество возрастных изменений и обязаны проявлять больше интеллектуальных усилий и большую приспособляемость для совладания с ними. Ключом к пониманию возрастных проблем пожилых людей является признание того, что физическое здоровье и психологическое благополучие связаны

между собой. У людей, страдающих от болезней сердца или диабета, может снизиться уровень психологического благополучия, и наоборот, люди с депрессией или повышенной тревожностью воспринимают их как физические проблемы, например, слабость и недостаток энергии или проблемы с желудком.

По результатам исследований пожилые люди одинаково, а иногда и лучше, чем молодые, реагируют на психологические потери. Однако в периоды психологических трудностей им, несомненно, требуется психосоциальная поддержка. Несмотря на это, пожилые люди составляют лишь 6–8 % клиентов, обратившихся за психологической помощью. Намерение обратиться к специалистам по вопросам психологического благополучия базируется на знаниях об этих услугах, а также на убеждении в том, что люди вокруг готовы помочь и компетентны это сделать. В России решение этого вопроса находится в зачаточном состоянии по ряду причин. С одной стороны, у потенциальных клиентов не сформирована культура заботы о своем психологическом состоянии. С другой – пожилые люди могут восприниматься самими специалистами как «отработанный материал», на который нет смысла тратить ресурсы. Однако в современном мире повышается процент населения преклонного и позднего возраста. Таким образом, люди этих возрастных групп обладают существенным влиянием на социально-экономическое положение, а также на психологический климат в обществе. Следовательно, их психическое здоровье и благополучие имеют большое значение для всего социума. Однако отношение общества к пожилым людям не всегда этому способствует.

Начиная со второй половины XX в. большое место уделяется *проблеме эйджизма* (термин предложил Р. Батлер в 1969 г.) – дискриминации по возрасту. Эйджизм в отношении пожилых людей присущ многим институтам современного российского и западного общества.

Эта категория включает в себя институциональный эйджизм (юридически закрепленную дискриминацию людей определенной возрастной группы) и внутренний (обидные, унижительные дей-

ствия, негативные высказывания, физическое или психологическое насилие, жестокость и т. д.).

Изучению жестокости по отношению к пожилым в семье и в обществе посвящены многие зарубежные исследования. В последнее время и отечественные ученые обратили внимание на проявления жестокости к людям позднего возраста. О. В. Краснова и А. Г. Лидерс предложили следующую классификацию форм жестокости:

- Физическая жестокость: рукоприкладство; угроза физического насилия; умышленное нанесение телесных повреждений.

- Психологическая жестокость: словесное оскорбление; вызывание страха возможным плохим обращением; угрозы изоляции; вымогательство; поведение, которое вызывает у пожилого чувства отчаяния и безнадежности.

- Эксплуатация (экономическая жестокость): финансовая эксплуатация; отказ в доходе, заработке, пенсии; использование силы и юридических мер для нанесения ущерба пожилым.

- Нарушение прав: несоблюдение законов, гарантирующих всем людям, в том числе и пожилым, соблюдение их прав.

- Активное пренебрежение: игнорирование; поведение, в результате которого пожилой человек чувствует себя брошенным, слабым, умственно неполноценным, не способным заботиться о себе, имеющим физические и умственные недостатки.

- Пассивное пренебрежение: непреднамеренное отсутствие внимания, которое, тем не менее, приводит к физическому дискомфорту пожилых людей [16, с. 220–221].

Таким образом, отношения пожилого человека с обществом противоречивы и не всегда способствуют его психологическому благополучию. Однако установление гармоничных отношений между значительной по размерам группой пожилых и остальным населением является одной из важнейших задач современного общества.

§ 5. Типы приспособлений к старости

Психологическое старение разнообразно по характеру и типам. Индивидуальные варианты старения зависят от следующих факторов:

- Генетическая предрасположенность.
- Уровень соматического здоровья.
- Пол.
- Интенсивность трудовой деятельности (наиболее благоприятен неинтенсивный труд на свежем воздухе).
- Сочетание физического труда и отдыха.
- Питание (наиболее благоприятна простая молочно-растительная пища).
- Вредные привычки (благоприятны редкое употребление или полный отказ от алкоголя и курения, отсутствие или незначительное число половых излишеств).
- Уровень контраста между образом жизни до и после пенсии.
- Узкое или широкое социальное окружение (семья, общество).
- Географические особенности и климатические условия проживания.

Таким образом, можно констатировать, что варианты старения весьма разнообразны и не всегда предсказуемы. Поэтому трудно выделить какой-то единый сценарий и заранее сформировать адекватные ожидания от собственного старения.

В зависимости от уровня адаптации можно выделить различные типы старости. Здесь существует несколько классификаций. Одной из самых первых стала классификация, разделившая людей на три типа:

- Негативист (отрицает у себя какие-либо признаки старости).
- Экстравертированный тип (признает наступление старости путем наблюдения за внешними обстоятельствами: выросла молодежь, умирают близкие, пора выходить на пенсию и т. д.).
- Интровертированный тип (для него характерно общее переживание процесса старения: потеря интереса к новому, погружение в воспоминания, стремление к покою; внутриличностные изменения для него важнее, чем внешние признаки старения).

И. С. Кон выделяет благоприятные и неблагоприятные типы приспособления к старости в зависимости от типа деятельности, преобладающего в этот возрастной период.

Благоприятные типы:

– Активная творческая старость. Представители этого типа живут полноценной жизнью, не испытывая собственной ущербности, имеют высокую психологическую приспособляемость.

– Пенсионеры второго типа старения сосредотачиваются на делах, которыми раньше не могли заниматься, например, из-за загруженности на работе и воспитания детей: это самообразование, хобби, развлечения и т. д. Для них характерна хорошая приспособляемость, но их энергия направлена только на себя.

– Представители третьего типа (чаще всего женщины) находят приложение сил в семье. В итоге постоянная занятость не дает им скучать, но удовлетворенность своей жизнью у этой группы гораздо ниже, чем у первых двух.

– Пожилые люди четвертого типа видят смысл своей жизни в заботе о собственном здоровье. Эта направленность определяет разнообразные формы активности. Однако у них нередко обнаруживается склонность к преувеличению мнимых и действительных болезней, ипохондрии.

Неблагоприятные типы приспособления к старости характеризуются недовольством собственной жизнью. Однако причины жизненных неудач люди разных типов видят в различных источниках.

– Представители первого типа усматривают вину окружающих в собственных невзгодах. Они агрессивны, склонны к ворчанию, недовольны всем, кроме себя, всех поучают.

– Пожилые второго типа видят причину своих неудач в самих себе, поэтому для них характерно разочарование в себе, они одиноки, чувствуют себя неудачниками, у них преобладает депрессивный эмоциональный фон [17, с. 218–231].

Д. Б. Бромлей выделяет пять типов приспособления к старости:

1. Конструктивное отношение человека к старости, при котором люди уравновешены, имеют хорошее настроение, удовлетворены эмоциональными контактами с окружающими людьми. Они

не драматизируют окончание профессиональной деятельности, оптимистично относятся к жизни и смерти, не проявляют агрессии или подавленности. Благодаря своему положительному балансу с уверенностью рассчитывают на помощь окружающих. Обладают высокой адекватной самооценкой.

2. Отношение зависимости. Зависимой личности необходимо подчиняться кому-нибудь, зависеть от супруга или ребенка. Будучи пассивными, нуждающимися в том, кто примет за них решение во взрослом возрасте, в старости они еще более претендуют на опору, защиту и помощь (физическую, эмоциональную, материальную). Отсутствие такой помощи глубоко ранит их. Семейная среда обеспечивает им ощущение безопасности, помогает и поддерживает.

3. Оборонительное отношение. Для этого типа характерны преувеличенная эмоциональная сдержанность, некоторая прямолинейность в своих поступках и привычках, стремление к самообеспеченности и неохотное принятие помощи от других людей. Люди данного типа избегают высказывать свое мнение, с трудом делятся своими сомнениями и проблемами. Оборонительную позицию занимают часто по отношению ко всем членам семьи.

4. Отношение враждебности к окружающим. Представители этого типа агрессивны, эмоционально неуравновешенны, подозрительны, стремятся переложить на других людей вину и ответственность. Недоверие и подозрительность заставляют их замыкаться в себе, избегать контактов с другими людьми. Они отказываются думать о пенсии, так как выход на нее повышает их потребность в помощи со стороны других людей. Жизненный путь таких людей, как правило, сопровождается стрессами и неудачами. Они склонны к острым реакциям страха.

5. Отношение враждебности к самому себе. Такие люди избегают воспоминаний из-за большого числа трудных ситуаций и стрессов в жизни. Они пассивны, не бунтуют против старости, лишь безропотно принимают то, что им посылает судьба. Испытывают чувство одиночества и ненужности. Собственное старение оценивают достаточно реалистично. Смерть воспринимают как избавление от страданий [цит. по: 18, с. 89].

Таким образом, геронтогенез является неоднозначным возрастным периодом, содержание которого составляют, с одной стороны, угасание психической и физической жизнедеятельности организма, а, с другой – приспособление к новым условиям жизни и поиск новых форм взаимодействия с собой и окружающим миром. Духовная зрелость личности обеспечивает адаптационные и компенсаторные механизмы, которые позволяют человеку продолжать жить полноценной жизнью.

Список библиографических ссылок

1. *Erikson E. N.* The life cycle completed. N. Y. : Norton, 1982. 108 p.
2. *Peck R. C.* Psychological developments in the second half of life // *B. L. Neugarten.* Middle age and aging. Chicago : Univ. of Chicago Press, 1968. P. 88–93.
3. *Пряжников Н. С.* Личностное самоопределение в преклонном возрасте // *Мир психологии.* 1999. № 2. С. 111–123.
4. *Крайг Г.* Психология развития. СПб. : Питер, 2000. 992 с.
5. *Селиверстов П. В., Теретина Л. А. и др.* Возрастные изменения желудочно-кишечного тракта у пациентов с дисбиозом толстой кишки на фоне хронических заболеваний печени // *Профилактическая и клиническая медицина.* 2010. № 2 (35). С. 112–118.
6. Большая медицинская энциклопедия / глав. ред. Н. А. Семашко : в 35 т. Т. 22. М. : Совет энцикл., 1932. 376 с.
7. *Мечников И. И.* Этюды о природе человека. М. : Директ-Медиа, 2014. 353 с.
8. *Фролов Ю. П.* Иван Петрович Павлов : Воспоминания. М. : Изд-во АМН СССР, 1949. 212 с.
9. *Penner M. R., Roth T. L., Barnes C. A., Sweatt J. D.* An Epigenetic Hypothesis of Aging-Related Cognitive Dysfunction // *Frontiers in Aging Neuroscience* : [website]. March 2010. Vol. 2. Art. 9. URL: https://www.researchgate.net/publication/44677021_An_Epigenetic_Hypothesis_of_Aging-Related_Cognitive_Dysfunction (accessed: 28.10.2019).
10. *Болдырев А. А.* Роль активных форм кислорода в жизнедеятельности нейрона // *Успехи физиологических наук.* 2003. № 34 (3). С. 21–34.
11. *Эриксон Э.* Психологический кризис развития пожилого человека // *Психология старости : хрестоматия* / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара : Бахрам-М, 2004. С. 325–328.

12. *Адлер А.* Наука жить / пер. с англ. Е. О. Любченко ; пер. с нем. А. А. Юдина. Киев : Port-Royal, 1997. 288 с.
13. *Юнг К. Г.* Проблемы души нашего времени. М. : Прогресс, 1994. 329 с.
14. Культурно-исторический подход к феномену жизненного опыта в старости // Культурно-историческая психология. 2010. № 1. С. 112–118.
15. *Молчанова О. Н.* Психологический витайт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. 1997. № 1. С. 24–25.
16. *Краснова О. В., Лидерс А. Г.* Социальная психология старения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2002. 288 с.
17. *Кон И. С.* В поисках себя: личность и ее самосознание. М. : Политиздат, 1984. 335 с.
18. *Малкина-Пых И. Г.* Кризисы пожилого возраста. М. : ЭКСМО, 2005. 368 с.

Глава 2

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ

Когда мозг здоров и находится в спокойном состоянии, человек здраво мыслит.

В мозгу заложены и наш ум, и сумасшествие, и безумство, и все наши страхи и ужасы, в том числе и сновидения, а также все наши способности и нерадивость.

Гиппократ

§ 1. Психофизиологические и нейропсихологические аспекты процесса инволюции

В основе психических изменений в старости лежит расстройство адаптивной пластичности мозга, что приводит к изменениям образа жизни, поведения, статуса индивидуума на фоне инверсии «биохимической механики» мозга и морфологических изменений. Х. В. Манке с соавторами выделяют четыре ключевых фактора возрастных изменений мозга:

- Ограничение признаков физиологической активности.
- Помехи в выполнении функции.
- Ослабленный нейромодуляторный контроль.
- Затрудненное обучение [1].

Роль возрастного старения заключается в снижении пластичности мозга как интегративной функции, связывающей соматическую, ментальную и социальную сферы жизнедеятельности. Комплекс возрастных изменений включает нарушение восприятия, памяти, познавательных (когнитивных) навыков, моторного контроля, эмоциональной реактивности.

Наибольшая скорость переработки информации и объем оперативной памяти наблюдаются в среднем у людей 40–49 лет. Достоверное снижение этих показателей выявлено в возрасте 50–59 лет

и старше. В возрастной группе 70–79 лет объем перерабатываемой информации в два раза ниже, чем у людей в возрасте 40–49 лет. Скорость переработки информации в возрастной группе 80–85 лет в 1,3 раза ниже в сравнении с группой 40–49 лет, а объем оперативной памяти ниже в один-два раза. Таким образом, когнитивный дефицит является ведущей проблемой стареющего мозга. Расстройства когнитивных функций – это базовый компонент, влияющий на качество жизни.

Всемирной психотерапевтической лигой предложено выделить «здоровые» возрастные нарушения ментальных функций пожилых. Н. В. Шок с соавторами отмечают, что большинство их соответствует границам возрастной нормы, но под влиянием стрессорных или аффективных нарушений когнитивный дефект углубляется, достигая уровня «умеренного когнитивного расстройства», а при нейродегенеративных механизмах развивается деменция [2].

Изменения в ЦНС дефицитарны и неодинаково проявляются в разных отделах нервной системы. Наиболее выражены изменения в гиппокампе и зрительном бугре: наблюдается уменьшение числа нейронов при нормальном старении на 30 %, при патологическом старении – до 70 %. Уменьшается масса мозга: с 50 до 85 лет у мужчин на 150–170 г, у женщин – на 180–190 г.

Уменьшение массы мозга связано с массивным атрофическим процессом в коре и подкорковых ганглиях, приводящим к гибели нейронов, уменьшению количества синапсов (редукция шипиков). В результате увеличиваются желудочки мозга. Нарушается энергетический обмен – снижаются уровень поглощения мозгом кислорода, расщепление глюкозы, активность медиаторного звена в симпатoadреналовой системе.

Пожилые люди являются группой повышенного риска по развитию тревожных расстройств. Факторы, способствующие этому процессу: хронические соматические заболевания, ограничения функционирования, низкий уровень образования, уменьшение социальной помощи, внешний локус контроля, недавние потери, тяжелые истории жизни, недостаток эмоциональной поддержки.

В позднем возрасте возрастает частота тревожных депрессий, которые часто носят затяжной характер и могут усиливать минимальные когнитивные нарушения. Г. Бродати с соавторами обнаружили, что тревога ухудшает течение соматических заболеваний и их прогноз [3].

Согласно результатам нейropsychологического исследования, проведенного Н. К. Корсаковой и И. Ф. Рошиной, у пожилых людей с униполярным депрессивным расстройством определяется уменьшение объема правой и левой орбитофронтальной коры на 12 % в сравнении с той же возрастной группой, но без униполярного депрессивного расстройства, а также редукция серого вещества левой и правой переднепоясной извилины на 18 и 20 %, левой и правой прямой извилины – на 19 и 24 % соответственно [4].

У пожилых людей с депрессией происходит потеря нейронов в префронтальной (поясная извилина, дорсолатеральные отделы) и в орбитофронтальной коре мозга.

Доказано, что тяжесть депрессии коррелирует с выраженностью когнитивного дефицита и со снижением перфузии мозга в передних отделах поясной извилины и в премоторной коре левого полушария (по однофотонной эмиссионной компьютерной томографии).

Исследования с проведением МРТ (морфометрия головного мозга) показали, что депрессия сопряжена с развитием патологических нейроанатомических изменений в его лимбических и корковых структурах, то есть в структурах, ответственных за когнитивные функции. Чем длительнее депрессия, тем ниже были объемные показатели гиппокампа и базальных ганглиев, причем атрофический процесс продолжался и в период ремиссии. Достоверное уменьшение объема гиппокампа у пожилых людей с депрессией уже после первого депрессивного эпизода достигает 11 % для серого вещества и до 25 % для белого вещества. Считается, что снижение объема гиппокампа коррелирует с продолжительностью депрессивного эпизода. К сожалению, старость часто сопряжена с потерями, и депрессивное состояние в этом возрасте не является редкостью.

Хронический дистресс и ассоциированная с ним депрессия сами служат причинами когнитивных нарушений. Нейродегенеративные свойства депрессии изучены на примере большого депрессивного расстройства (БДР), распространенность которого в течение жизни, по данным ВОЗ, составляет 16,2 %. Каждый эпизод БДР становится триггером для нового эпизода депрессивного расстройства («гипотеза раскачивания»). К «раскачиванию» заболевания приводит наличие нейробиологических изменений в структурах головного мозга, имеющих отношение к регуляции эмоций: это префронтальная кора, поясная кора, миндалевидное тело, гиппокамп. Важно, что эти структуры не только обеспечивают контроль аффекта, но и регулируют когнитивные функции.

Пожилые люди, даже не имеющие психических расстройств, нуждаются в психологической помощи, коррекции и социальной поддержке. А. Крузе и А. Курц подчеркивают, что психическое здоровье во многом зависит от того, как люди адаптируются к новому состоянию и возможностям [5; 6].

§ 2. Сенильные и пресенильные психозы

С одной стороны, частота психических расстройств увеличивается от 40–50 % у 50-летних до 70 % к 90-летнему возрасту. С другой стороны, повышается интерес психотерапевтов к пожилому населению. Так как основная доля нарушений в старческом возрасте (85 %) носит легкий непсихотический характер, то в помощи психиатра в конечном итоге нуждаются только 40 % лиц. Кроме того, как утверждают специалисты, психические расстройства не являются неизбежными. Сохранение психического здоровья в старости во многом зависит от характера и образа жизни, которую вел человек раньше. Оптимальной представляется жизненная позиция спокойного созерцателя с взвешенными суждениями, сосредоточенностью на главном, с беспристрастной оценкой явлений и мудрыми решениями.

Существует две точки зрения на психические расстройства в старческом возрасте:

- Старческие расстройства нельзя выделить в отдельную группу, так как это вариант расстройств, характерных и для других возрастных периодов.

- Старческие расстройства составляют отдельную группу – сенильные и пресенильные психозы. Это болезни старения, связанные с органическими заболеваниями мозга (сосудистыми и атрофическими) или возрастными функциональными расстройствами.

В современной теории и практике вторая точка зрения представляется более продуктивной.

Все нарушения можно разделить на три группы: личностные расстройства, предполагающие обострение психопатий; когнитивные нарушения; глубокие нарушения, затрагивающие как интеллект, так и личность.

Личностные нарушения (психопатии) предполагают обострения диспропорциональности личности, которая уже была сформирована к окончанию детского возраста. Близкие люди пожилого человека с такими особенностями отмечают, что «к старости характер его совсем испортился». К началу геронтогенеза под влиянием гормональных изменений в организме, а также сосудистого и атрофического процессов в головном мозге заострение психопатических черт усиливается, учащается количество невротических реакций.

П. Б. Ганнушкин указывает на двухэтапность динамики психопатий в пожилом возрасте, придавая значение инволюционным изменениям, которые обостряют и выявляют, а затем сглаживают конституциональные особенности личности. Также автор отмечал, что у психопатических личностей атеросклеротические изменения наступают раньше, чем у лиц со сбалансированными чертами [7]. В современных исследованиях уточняется, что это в большей степени характерно для возбудимых психопатов.

Личностные расстройства обнаруживаются у каждого пятого индивидуума в инволюционном периоде, и они проявляются в специфической симптоматике.

При *истероидном (гистрионном) личностном расстройстве* отмечается следующая симптоматика:

- Обеднение личностных ресурсов.
- Утрата живости и многогранности эмоциональных переживаний.
- Преобладание депрессивного фона настроения с высказываниями о собственной ущербности.

При *паранойальном личностном расстройстве* усиливаются следующие проявления:

- Сутяжные тенденции, которые могут усиливаться ипохондрическими идеями.
- Конфликтность, придирчивость, чрезмерная требовательность и раздражительность.
- Проявления сверхценных идей, которые в некоторых случаях переходят на уровень бредовых расстройств. Отмечается, что наиболее распространенным содержанием бреда являются ревность и сутяжничество.

Шизоидное личностное расстройство в период инволюции проявляется следующим образом:

- Усиление замкнутости, отгороженности, чрезмерной сензитивности и чувства неуверенности в будущем.
- Реактивно обусловленные ухудшения состояния, выражающиеся в тенденциях к капризности, настороженности, недоверчивости.
- Усиление эгоцентризма, жадности, тревожной настроенности, усиливающейся вялости, угрюмо-мрачного настроения с мыслями о близкой смерти.
- Колебания настроения, достигающие выраженной степени и сопровождающиеся приступами отчаянья, слезливости, суицидальными высказываниями.
- Нарушения когнитивной сферы, сопровождающиеся снижением эффективности предпосылок интеллектуальной деятельности и способности к абстрагированию в целом.

Деменция (слабоумие) – стойкое малообратимое ухудшение деятельности, преимущественно интеллектуальной, которое связано

с патологией головного мозга, возникшей после трехлетнего возраста. Слабоумие по своей природе всегда необратимо, так как является отражением органического повреждения головного мозга. Оно бывает связано с нарушением предпосылок интеллекта, собственно интеллекта и эмоционально-волевой сферы личности.

По структуре и глубине поражения интеллекта деменция разделяется на лакунарную и глобарную.

Лакунарная деменция – вид слабоумия, при котором в первую очередь страдают память и внимание. Она характеризуется неравномерным поражением психических процессов, «мерцанием» симптоматики, проявляющейся иногда в течение довольно короткого времени. Сохраняется ряд свойств собственно интеллекта, в первую очередь критичность, и наиболее длительно не меняются основные свойства личности.

Глобарная деменция – вид слабоумия, при котором в первую очередь страдают наиболее сложные свойства интеллекта. Типичным является нарушение таких качеств и свойств ума, как логичность, доказательность, самостоятельность, пытливость, оригинальность, находчивость, широта, глубина, продуктивность. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим критерием глобарной деменции, позволяющим отличать ее от лакунарной, является некритическое отношение больного к своему дефекту. При некоторых прогрессирующих заболеваниях головного мозга она развивается после этапа лакунарной деменции.

Психический маразм в психиатрии рассматривается как наиболее тяжелый вид расстройства. Отличается полным распадом психической деятельности и, как правило, является заключительной стадией старческой деменции. Сопровождается физическим истощением, трофическими расстройствами, появлением пролежней, дистрофией внутренних органов. Грубые нарушения, затрагивающие как личностную, так и когнитивную сферы, могут быть отнесены к пресинильным (предстарческим) и синильным (старческим) психозам.

Функциональные психозы сопровождаются расстройством мышления – бредовыми реакциями. Бредовые идеи ограничива-

ются узкой областью жизненных интересов, отличаются незначительным масштабом и обыденностью («квартирный параноид»). Содержанием бреда являются порча вещей, отравления, преследование больных с целью убийства и завладения их жилой площадью. Начальный этап бреда связан с возрастными изменениями сенсорного аппарата, ухудшением памяти: например, изменение вкуса пищи и лекарств связывают с идеей отравления, а ошибки памяти способствуют зарождению идей воровства. Вне сферы быта больные сохраняют социальные связи, обслуживают себя, полностью ориентируются в бытовых вопросах.

Единичные иллюзии и рудиментарные галлюцинации могут возникать и у психически здоровых людей. У них наблюдается преобладание слуховых и зрительных галлюцинаций, реже – тактильные или обонятельные. Галлюцинации имеют тенденцию усиливаться в вечернее время.

Психологическая поддержка пожилых, страдающих старческим слабоумием (деменцией), включает целый ряд методов. Выделяют несколько видов поддержки:

1. Стимуляция и активность. Пациенту дают возможность испытывать комплексные сенсорные раздражения (тактильные, слуховые, зрительные), стимулируют активные реакции на сенсорные стимулы.

2. Музыкальная терапия. Прослушивание классических произведений стабилизирует эмоциональную сферу личности. Для этой цели рекомендуются произведения Ф. Шопена, П. Чайковского, а также те песни, которые сопровождали активную жизнь пожилого человека – его молодость и период взрослости.

3. Анималотерапия. О пользе домашних животных говорится в настоящий момент очень много. Получены данные о том, что даже пассивное наблюдение за животными (например, за аквариумными рыбками) способствует снятию стресса, релаксации, вызывает снижение мышечного напряжения и повышение температуры кожи.

4. Работа с воспоминаниями. Этот метод включает в себя активизацию воспоминаний, работу с травматическими переживаниями, практику отреагирования, психодраму.

5. Ориентация в реальности. О. В. Краснова и А. Г. Лидерс отмечают, что данный метод получил широкое распространение в середине XX в. в США [8, с. 254–255]. Существует два основных его вида: неформальный и формальный.

- При *неформальном типе* медицинская сестра в течение длительного времени находится рядом с пациентом, обеспечивая его комментариями по поводу места и времени происходящего. Например: «Сейчас 14.00 – время обеда. Мы пойдем и возьмем что-нибудь поесть!» Такая форма поведения помогает пожилым, страдающим деменцией, структурировать окружающую среду.

- *Формальный (или классный) тип* – более интенсивный способ, использующий групповые формы работы. Подбирается небольшая группа из 3–8 пациентов, которые имеют схожий уровень дезориентации. Этот тип имеет пять ключевых компонентов:

- доброжелательная атмосфера;
- изучение имен в начале занятия;
- ориентация во времени и месте (инструктор предлагает закончить предложения, например: «Сегодня день... месяц... год...»);
- награда и уменьшение фрустрации – вербальное признание успеха, одобрение невербальными средствами;
- увеличение активности – стимуляция членов группы для участия в дискуссии по интересам, актуальным новостям и т. д.

Формальный тип ориентации в реальности проводится в одно и то же время. Он может быть использован в разных заведениях: в домах престарелых, центрах дневного пребывания, психоневрологических диспансерах.

6. Терапия подтверждением представляет собой метод, противоположный предыдущему. Если человек, больной деменцией, встает рано утром и говорит, что ему нужно идти на работу, то психолог ориентируется на желание пациента сохранить свою идентичность, которая включает профессиональную значимость. Пациента расспрашивают о профессии, об опыте работы. Необходимо, чтобы пациент получил удовлетворение. Иногда всплывает травматический опыт, с которым необходимо работать профессионалу.

§ 3. Организация психотерапевтической помощи пожилым и инвалидам

Преодоление проанализированных выше проблем возможно через организацию четкой системы профессиональной помощи людям пожилого возраста. В мировой и отечественной практике существуют разнообразные виды помощи пожилым и их семьям: стационарное обслуживание, внебольничная помощь, гериатрические кабинеты, группы само- и взаимопомощи, клубная деятельность, университеты «третьего возраста».

Было выделено *три руководящих принципа работы с пожилыми людьми*.

1. Не позволять пожилым людям втягиваться в негативный имидж старения. Социальным работникам и психологам при работе с пожилыми людьми постоянно приходится выслушивать истории о негативных событиях жизни (неудачное замужество, плохое материальное положение, смерть ребенка 40 лет назад, отсутствие возможности сделать карьеру и т. д.). В России пожилые люди имеют еще и «травматическую память» – память о войнах и репрессиях. Выражая сочувствие, работники попадают в ловушку, начиная рассматривать всех пожилых людей как жертв подобных ситуаций, закрепляя в их сознании образ беспомощного человека. Необходимо помнить, что жизнь пожилого человека хранит не только негативные, но и позитивные события. Но об этих событиях они, скорее всего, не вспомнят самостоятельно, так как события активизируются по принципу эмоциональной цепной реакции: если пожилому человеку плохо в настоящий момент, он вспоминает только плохие события.

2. Требовать от пожилых брать ответственность за свою жизнь там, где это возможно. При работе с пожилыми необходимо рассматривать их как цельных личностей, способных к развитию. Исключена практика эксплуатации слабых сторон личности пожилого – потребности в эмоциональной привязанности, внушаемости, отсутствия возможности адекватной ориентации в окружающей действительности. Типичные ошибки персонала, приводящие

к нарушению данного принципа: манипулирование ложью вместо того, чтобы рассказать правду о болезни, характерной для пожилых (например, старческой деменции); выполнение какой-либо работы за пожилых из-за их медлительности вместо того, чтобы предоставить им возможность сделать это самим; сюсюканье, использование детского языка, обращение с пожилыми, как с малолетними.

3. Стимулировать деятельность пожилых людей, которая поддерживает ощущение интеграции и целостности жизни. Обычно при слабом здоровье стандартный совет – ограничить свои занятия, выход из дома, сделать режим более щадящим. Эти советы кажутся логичными, однако они способствуют укреплению образа беспомощного человека. Конструктивными могут быть вступление в клуб ветеранов, посещение концертов, выставок, кружков и т. д. Основными стратегиями являются организация индивидуальной повседневной деятельности и общения с другими людьми (социализация в новом качестве, в новой роли). Работа в контексте первой стратегии предполагает создание и укрепление интереса к какому-то занятию. Это возможно в рамках кружков по интересам. Проблема в том, что пожилой человек – личность уже сложившаяся, он имеет собственные интересы и предпочтения. Поэтому Р. Шмитц-Шерцер с соавторами видят основную цель психотерапии в геронтологии в активизации ресурсов человека, так как не востребуемые функции угасают [9]. При этом необходимо внимательно следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение.

Современная практика работы с пожилыми людьми требует комплекса психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно.

Таким образом, даже пожилые люди, не имеющие психических расстройств, нуждаются в психологической помощи, коррекции и социальной поддержке. Их психическое здоровье во многом зависит от того, как они адаптируются к новому состоянию и возможностям.

Использование психотерапии в геронтологии связано с изменением отношения к старению, и прежде всего с отходом от дефицитарной модели, постулирующей, что старение — это исключительно процесс снижения интеллектуальных и эмоциональных возможностей. По мнению А. Крузе, в настоящее время этот процесс рассматривается как фаза жизни, обусловленная прошлым и настоящим, но ориентированная на будущее и проявляющаяся в биологическом, социально-экономическом, экологическом и историческом аспектах [10].

Поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. При разработке психотерапевтических программ необходимы детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также разнообразие мер вмешательства (медицинских, психологических, социальных, экологических и др.).

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. В наименьшей степени для понимания старости и лечения старческих нарушений подходят глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В последнее время наиболее интенсивно развиваются поведенческие формы и поддерживающая психотерапия пожилых. Отмечается, что в специальных заведениях для пожилых пациентов усиливается их нежелательное поведение (например, социальное иждивенчество при одевании, умывании, питании, передвижении), в связи с чем снижается их самостоятельность и растет зависимость.

С целью преодоления этих явлений используется, в частности, такой метод поведенческой психотерапии, как *оперантное обусловливание*. Его применение предполагает специальную подготовку и тренинг медицинского персонала, который должен научиться находить индивидуальные позитивные стимулы для пациента, определять его частные цели и поощрять их достижение. Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды.

Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые программы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности.

Психотерапия в геронтопсихиатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей отличается по возможностям, объему, постановке задач и методическим подходам, что связано с особенностями психических нарушений у людей пожилого и старческого возраста, а именно с биологическими процессами, лежащими в основе большинства этих заболеваний. А. Г. Лидерс подчеркивал, что почти при всех психозах позднего возраста психогенному фактору принадлежит роль либо пускового механизма, либо вторично декомпенсирующей причины, либо патопластического фактора [11]. Иными словами, в силу объективных причин (многофакторности патогенеза и биоредуктивной основы большинства психозов – известной стертости дифференцированности причинно-следственных связей и повышенного риска психической декомпенсации в старости) вычленение психических, а следовательно, и личностно-психологических и социальных факторов в развитии заболевания часто невозможно, что создает трудности для проведения психотерапии. Вместе с тем психическое заболевание почти всегда (за исключением глубокого слабоумия) опосредовано личностью больного, что, в частности, выражается реакцией на болезнь, перемену обстановки, ожидания, связанные с лечением и перспективой после выписки из больницы. Несоизмеримо большее значение по сравнению с собственными проблемами, связанными с болезнью, для пожилых людей, находящихся в стационаре, приобретают вопросы непосредственного окружения в палате, взаимоотношений с медицинским персоналом, выбора лечащего врача, возможности принятия самостоятельных решений относительно ношения больничной одежды, участия в различных мероприятиях (групповых, развлекательных и пр.).

Психотерапия должна включать как общепсихотерапевтические подходы, так и специальные методы. К *общетерапевтическим*

относятся создание терапевтической среды, атмосферы доверия, сотрудничества с обслуживающим персоналом, выработка положительной установки к методам лечения и непосредственному окружению в палате, повышение психической и социальной активности. Вся обстановка, организационная структура, процессы взаимоотношений в стационаре должны быть направлены на обучение утраченным в течение болезни будничным функциям и навыкам, на восстановление способности к активному поведению пациента в рамках его возможностей. К организации среды относят также меры, возвращающие или стимулирующие чувствительность: визуальные (цветовое оформление помещений, частая смена настенных украшений), акустические (музыкальные программы, самодеятельность), меры, направленные на оживление обоняния и вкуса. Сама смена пространственной среды может способствовать возрастающей стимуляции в психофизической и социальной сферах.

Б. Д. Карвасарский анализирует исследование отношения больного к терапевтической среде, проводившееся в течение нескольких лет в клинике гериатрической психиатрии Института имени В. М. Бехтерева. Он делает вывод, что отношения с персоналом и в целом возможность лечения в условиях клиники реабилитационного профиля оцениваются больными положительно [12, с. 587]. Показательно, что из многих личных и профессиональных характеристик врача и медицинской сестры больные отдают предпочтение их эмпатическим качествам, то есть эмоциональной привлекательности, способности к сопереживанию и сочувствию. Отношение пожилых больных к разного рода восстановительным (психо- и социокорректирующим и активирующим) методам, приемам и к лекарственной терапии оказывается различным. У многих больных при всем положительном отношении к проводившимся восстановительным мероприятиям все же преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от их пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о лечении. Как правило, больные, находясь в стационаре, высоко оценивают возможности расширения больничных

социальных контактов за счет домашних отпусков и свиданий с родственниками и друзьями, а также участия в развлекательных мероприятиях (клубных встречах, посещении кинотеатра, экскурсиях по городу, участии в сеансах музыкотерапии, литературных играх, коллективных просмотрах слайдов и т. д.).

В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых (домах престарелых, дневных стационарах, клубах) применяются также *групповые психотерапевтические методы*. Цели групповой психотерапии лиц пожилого возраста Р. Н. Батлер определяет таким образом: привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность [13]. Используются различные групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная терапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др.

В то же время длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для этих пациентов является помощь, осуществляемая дневными стационарами и учреждениями, обеспечивающими патронаж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в привычной для них среде на собственной территории.

Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого возраста *семейной психотерапии*. Психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Значимую роль семейная психотерапия играет в медико-социальной адаптации выписанных больных и вторичной психопрофилактике с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов. Это имеет особое значение для стра-

дающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно – у лиц со слабоумием. У них преобладают столкновения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежат переживание снижения или утраты лидирующей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности, помехи близким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со стороны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от клинических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разрешение конфликта, а также нередко от материально-бытовых условий. Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда путем семейной психотерапии удастся выработать у родственников больного сочувствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенческие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях) или примирение с ситуацией (при деменции). Влияние коррекции семейных отношений на уровень внутрисемейной адаптации выписанных из стационара больных с функциональными психозами в позднем возрасте, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти не удастся, отношение к больному остается настороженным, с тенденцией к изоляции в семье. В целом психотерапия больных психозами в позднем возрасте оценивается как перспективный метод в комплексе с лекарственной терапией.

Одним из классических методов работы с пожилым клиентом является *библиографическое интервью*, цель которого – высветить позитивные события жизни пожилого человека. Стимуляция воспоминаний облегчает принятие им своей жизни, понимание, что она прошла не зря. Применение этого метода предъявляет к психологу целый ряд профессиональных требований: это толерантность (терпимость к тому, чтобы длительное время выслушивать

скучные истории), наличие базового образования по психологии личности и геронтопсихологии, знание особенностей религии и культуры клиентов.

При рассмотрении темы психотерапевтической помощи лицам пожилого и старческого возраста необходимо остановиться на *социально-психологической поддержке семейных помощников*.

Семейный помощник – это тот, кто ухаживает за пожилым человеком в семье. В нашей стране это обычно член семьи. За рубежом к этой категории относят также и волонтеров и медсестер.

Принятие роли помощника оказывает значительное влияние на многие аспекты личной жизни члена семьи. Многие помощники испытывают резкие негативные переживания, такие как депрессия и агрессивность. Кроме того, на человека, который берет на себя роль помощника, возрастает нагрузка: например, дочь, ухаживающая за матерью, должна работать, а также оказывать внимание мужу и детям. Процесс предоставления помощи может длиться до нескольких лет. Смерть человека, за которым долгое время осуществлялся уход, может восприниматься не как освобождение, а как новый разрушительный стрессор.

Выделяется несколько *способов адаптации* к роли помощника:

1. Помощник не испытывает ярко выраженных негативных переживаний, успешно адаптируется к более насыщенному режиму работы, к своей новой роли в жизни семьи.

2. Активная демонстрация своей подавленности, попытка спекулировать на роли помощника: «Мне так тяжело, а вы меня не жалуете».

3. Человек испытывает чувство тяжести, бремени заботы, нервного истощения, на фоне чего у него обостряются хронические заболевания и появляются психические расстройства.

У людей, ухаживающих за пожилыми родственниками, можно выделить следующие *распространенные проблемы*:

1. Отсутствие психологических знаний о поведении, характере и способах общения людей пожилого возраста.

2. Необходимость найти подходящую работу, график которой позволял бы уделять время пожилому родственнику.

3. Проблема свободного времени: ухаживающий за пожилым должен часто оставаться дома, при этом он должен выполнять однообразную монотонную домашнюю работу.

4. Адаптация к новой роли – выполнению обязанностей патронажной сестры, освоение новых знаний, умений и навыков.

5. Проблема установления адекватного контакта с пожилым человеком, что осложняется тем, что в старости обостряются психические расстройства и его характер становится тяжелым.

6. Сужение собственного круга общения из-за нехватки времени или неудовлетворительных жилищных условий.

7. Возможность существования личных проблем, связанных с взаимоотношениями между членами семьи, помощником и пожилым, с плохим здоровьем, одиночеством, хроническим стрессом.

Для преодоления данных проблем осуществляется *психологическая поддержка* по следующим направлениям:

1. Просвещение, включающее в себя психологическое (знакомство с особенностями людей преклонного возраста, обучение методам адекватного взаимодействия с ними) и юридическое (возможность получения материальной и социальной помощи от государства) направления. Для решения этих задач используются коллективные и индивидуальные формы работы: консультирование, поведенческий тренинг и др.

2. Обучение помощников разнообразным способам борьбы со стрессом с использованием когнитивных и поведенческих приемов. Выделяют три стратегии совладания:

– совладание, сосредоточенное на решении проблемы (внимание фокусируется на управлении стрессовыми факторами или ситуациями, которые породили проблему помощника);

– когнитивное совладание (управление значимостью стрессовой ситуации, когда она называется «учебным опытом»);

– эмоционально сфокусированное совладание, включающее управление отдельными симптомами стресса, например, грамотное применение методов релаксации.

Таким образом, в психотерапевтическую работу должны быть вовлечены не только сами пожилые люди, но и те, кто осуществляют помощь и уход за ними в условиях стационара или на дому.

Список библиографических ссылок

1. *Mahncke H. W., Bronstone A., Merzenich M. M.* Brain plasticity and functional losses in the aged: scientific bases for a novel intervention // *Progress in Brain Research*. 2006. Vol. 157. P. 81–109.
2. *Shock N. W., Greulich C. R., Andres R., Costa P. T.* Normal human aging : The Baltimore Longitudinal Study on Aging. Wahington, D. C. : National Inst. of Health. 1984. NIH Publ. № 84. P. 2450.
3. *Brodaty H., Harris L., Peters K. et al.* Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients // *British J. of Psychiatry*. 1993. Vol. 163. P. 589–596.
4. *Корсакова Н. К., Рощина И. Ф.* Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2009. № 3–4. С. 4–8.
5. *Kruse A.* Entwicklungspotentialitt im Alter. Eine Lebenslauf und situationsorientierte Sicht psychischer Entwicklung // *Alter und Gesellschaft* / Hrsg. P. Borscheid. Stuttgart : Hirzel – Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1995. S. 63–86.
6. *Kurz A., Fuchs T.* Psychotherapie als Bestandteil der gerontopsychiatrischen Behandlung // *Jahrbuch der medizinischen Psychologie: Gerontologie – Anwendung und Intervention* / Hrsg. A. Kruse. Göttingen : Hogrefe, 1998. S. 219–231.
7. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. М. : Мед. кн., 2010. 121 с.
8. *Краснова О. В., Лидерс А. Г.* Социальная психология старения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2002. 288 с.
9. *Schmitz-Scherzer R.* Sterben und Tod // *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* / Hrsg. P. B. Baltes, J. Mittelstraß. Berlin : deGruyter, 1992. S. 544–562.
10. *Kruse A.* Altersfreundliche Umwelten: Der Beitrag der Technik // *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* / Hrsg. P. B. Baltes, J. Mittelstraß. Berlin : deGruyter, 1992. S. 668–694.
11. *Лидерс А. Г.* Возрастно-психологические особенности консультирования пожилых людей // *Психология зрелости и старения*. 1998. № 4. С. 13–22.
12. *Психотерапия : учебник для вузов. 4-е изд. / под ред. Б. Д. Карварского.* СПб. : Питер, 2012. 672 с.
13. *Butler R. N.* The life review. An Interpretation of reminiscence in old age // *Psychiatry*. 1963. Vol. 26. P. 65–76.

Глава 3

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Жизнь к развязке печально идет,
Сердце счастья и радостей просит,
А годов невозвратный полет
И последнюю радость уносит.

Иван Никитин

§ 1. Гарденотерапия

Гарденотерапия, или **агротерапия** – это особое направление психосоциальной и трудовой реабилитации, использующее приобщение людей к живой природе. Оно активно используется для работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, и лицами пожилого возраста. Пожилые люди получают удовольствие от такой работы. Данный метод позволяет осуществлять взаимодействие с окружающей средой, развивать навыки, связанные с выращиванием растений и уходом за ними. За счет этого происходит воздействие на двигательные и интеллектуальные функции, поддерживаются навыки общения и социальной адаптации, необходимые пожилому человеку в повседневной жизни. Занятия по гарденотерапии могут проводиться в учреждении, где проживает пожилой человек, или в социально-реабилитационном центре, который он посещает.

Эти занятия направлены на достижение следующих положительных результатов:

- Поддержание бережного отношения к живой природе.
- Отслеживание процессов изменений в живой природе.
- Приобретение и поддержание навыков ухода за растениями.
- Стимулирование восприятия, познавательной активности, расширение и закрепление знаний об окружающем мире.
- Развитие и улучшение основных моторных навыков – мышечной координации и тренировки незадействованных мышц, хватательных навыков и гибкости пальцев.

– Увеличение времени пребывания на свежем воздухе при уходе за клумбами, газонами и огородом.

– Оздоровление растениями, выделяющими фитонциды.

– Восстановление и развитие всех сенсорных каналов.

Методы и приемы, используемые в гарденотерапии, – наблюдение, небольшие экскурсии по территории учреждения, где имеются клумбы, газоны, сад, огород. Применяется рассматривание иллюстраций, чтение стихов, использование загадок, бесед об окружающем природном мире. Занятия, как правило, проходят в групповой форме, возможно совместное участие в них родственников и волонтеров. При необходимости занятия могут проводиться индивидуально. Продолжительность одного занятия должна составлять 35–40 минут. Продолжительность курса не ограничена. При подборе растений необходимо учитывать информацию о наличии аллергических и астмоидных реакций у каждого участника группы.

На практических занятиях по гарденотерапии пожилые люди включаются в следующие виды деятельности:

– Знакомятся с различными видами семян и растений.

– Учатся различать обычные и декоративные сорта.

– Сажают растения, наблюдают за их ростом и развитием.

– Зарисовывают все изменения, происходящие с ними, и сравнивают результаты.

– Учатся быть терпеливыми и внимательными, заботливыми и трудолюбивыми.

– Узнают о многообразии форм и цвета плодов растений.

– Узнают о правилах и условиях сбора плодов.

– Расширяют знания о растительном мире.

– Получают навыки ухода за комнатными растениями, уточняют условия, необходимые для их содержания.

– Учатся изготавливать поделки из природного материала, передавать образы и характеры созданных героев.

Пожилым людям, особенно переживающим расставание с семьей, необходимо о ком-то заботиться, поэтому уход за растениями позволяет им получить дополнительные положительные эмоции, разнообразить размеренную жизнь по сложившемуся режиму.

В результате прохождения гарденотерапии у пожилых людей происходят следующие изменения:

- Формируется эмоциональная готовность – восприимчивость к миру природы, эмоционально-положительное отношение к ее объектам, возникает множество положительных эмоций.

- Укрепляется деловая готовность – возможность реализовывать свои знания в социально-бытовых ситуациях.

- Формируется и поддерживается интеллектуальная готовность – определенный уровень информированности, осознание себя как носителя экологической культуры.

- Повышается адаптивность: ухаживая за цветами, пожилые люди преодолевают замкнутость, неуверенность в себе, особенно на этапе привыкания к специальному учреждению или возникшему одиночеству, и просто радуются жизни.

§ 2. Библиотерапия

Библиотерапия – это психокоррекционное воздействие на пожилого человека с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния. При этом чтение направлено на те или иные психические процессы, состояния и свойства личности: на измененные – для их возможной нормализации, на нормальные – для их уравнивания.

Коррекционное воздействие чтения проявляется в том, что те или иные образы и связанные с ними чувства, влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги, восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют тревожные мысли и чувства или направляют их по новому руслу, к новым целям. Таким образом, ослабляется или усиливается воздействие на чувства пожилого человека для восстановления его душевного равновесия.

Методы и приемы. Для реализации методики библиотерапии подбираются несколько жанров литературы (по два-три произведения каждого) с постепенным расширением количества жанров и числа книг. К каждой книге или произведению оформляется

аннотация с фиксацией наиболее важных, ярких тем, мыслей, проблем, звучащих в произведениях, а также личностных особенностей авторов.

Далее уточняются возможности использования данного метода индивидуально, в работе с конкретным пожилым человеком. Для этого на этапе диагностики выясняется, какие книги ему нравятся, какие произвели на него наибольшее впечатление, какие авторы и герои наиболее похожи на читателя. Исходя из полученных данных выбираются доступные по объему и содержанию произведения с понятным пожилому читателю героем, и самое главное – с ситуацией, максимально похожей на ту, в которой находится пожилой человек. Учет последнего критерия особенно важен при наличии личностного или межличностного конфликта.

Пожилый человек может вести читательский дневник или просто анализировать произведение совместно с психологом. Наличие дневника или комментариев может содержать обширный диагностический материал.

Библиотерапия может быть достаточно эффективна для любящих читать и сохранивших эту способность пожилых людей, особенно имеющих высокий уровень образования. Достоинствами библиотерапии являются разнообразие и богатство средств воздействия, сила впечатления, длительность, повторяемость, интимность и др.

Возможно применять библиотерапию не только в индивидуальной, но и в групповой форме.

При групповой форме библиотерапии, кроме требований, которые учитываются при создании любой психокоррекционной группы, необходим еще подбор ее членов по степени начитанности и читательским интересам. Составляется группа из пяти-восьми пожилых людей, подбираются небольшие по объему произведения, которые читаются во время занятия. Затем проводится дискуссия, в результате которой выявляется структура межличностных отношений в группе, определяется отношение ее членов к чтению художественной литературы, а у малочитающих пробуждается интерес к чтению. Тематика таких произведений, как правило,

отражает общие темы, актуальные для данной группы людей: потеря близкого, расставание с родными и др. Пожилые люди получают возможность говорить о своих проблемах в опосредованной форме.

Если пожилой человек в силу имеющихся возрастных изменений не может читать самостоятельно, книга ему может быть прочитана волонтером или психологом.

Контроль над психическими процессами осуществляется путем усиления их повторением, воспроизведением деталей или ослабления посредством анализа, отеснения другими воспоминаниями, эмоциями, он может изменять воздействие на личность как при обычных, так и при сильных переживаниях.

Контроль можно разделить на несколько степеней:

1. Понимание своего положения, воздействие на него гетеро- и аутопсихогенных факторов.

2. Понимание роли собственной личности в развитии своего состояния.

3. Осознание своего истинного отношения к важнейшим жизненным проблемам.

Читая книги, герои которых находятся в сложных ситуациях, пожилой человек может отождествлять их переживания со своими собственными, понимать многие личностные особенности, осознавать свои ошибки и смотреть на свою жизнь глазами человека со стороны, эмоционально прорабатывать свои проблемы. У него появляется возможность проявить личные эмоции, сравнить их с эмоциями других людей при поддержке и коррекции со стороны психолога. Это позволяет пожилому человеку выбрать оптимальный стиль поведения, помогает избегать слишком бурных, слабых или искаженных эмоциональных реакций.

Проигрывая в воображении диалоги, альтернативное (по сравнению с действующими лицами произведения) поведение, учитывая свои особенности (вспыльчивость, застенчивость и т. д.), пожилой человек получает знания об альтернативных способах переживания, об иных возможных формах поведения. При этом его никто не осуждает, поскольку это процесс внутренний или проис-

ходящий в диалоге с принимающим психологом. Кроме того, с помощью библиотерапии можно воздействовать на конкретные чувства, деятельность, мышление пожилого человека, работать над формированием контроля, эмоциональной стабильностью, разрешением конфликта.

Например, русские народные сказки, использующие образы животных, представляют важнейший опыт общения и взаимодействия, разрешения труднейших загадок, которые порой ставит перед человеком жизнь. В сказках заметно прослеживается включение знаний о животном мире в систему образных средств характеристики человека, расширение и углубление знаний о самом человеке посредством сравнения и сопоставления. Сказки о животных хороши тем, что в них отсутствуют прямые нравоучения, их герои – не люди, что исключает построение прямых аналогий, в метафорической форме позволяет показать ситуации и проблемы, которые переживает в своей жизни каждый человек. Эти сказки помогают расширить картину мира и увидеть такие решения проблемы, о которых человек, возможно, и не подозревал, вселить в него веру в благополучный исход.

Чтение произведения дает возможность разрешения конфликта. Это своеобразный синтез контроля, эмоциональной проработки и умений, полученных в результате тренировки в применении к конкретной жизненной ситуации. Чтение книг, сюжет которых совпадает с сюжетом жизни пожилого человека, позволяет ему видеть возможные пути выхода из ситуации и эмоционально на них реагировать, что ведет иногда к разрешению эмоционального конфликта. Этот вид библиотерапии отличается большей интенсивностью, более активным руководством со стороны психолога. При этом психолог составляет список литературы, наиболее актуальной для читателя, в соответствии с его проблемами, трудностями, целями, личностными особенностями; литературы, стимулирующей осознание характера затруднений, причин трудностей, вызвавших дисгармонию, и т. д.

Клиент перед чтением получает инструкцию: что из предложенного списка требует его особого внимания, что может быть

опущено, что из прочитанного необходимо будет сравнить со своим опытом, что следует немедленно проверить на практике.

После того как клиент прочтет книгу, проводится беседа, в ходе которой обсуждаются вопросы о том, что ему особенно интересно было узнать, какую пользу он из этого извлек, что вызвало сомнение или опасение, что осталось неясным, как он относится к отдельным персонажам и др.

В ходе библиотерапии можно использовать большое количество различных приемов: рисование по мотивам произведения, обсуждение поведения и мотивов действий персонажа, проигрывание эпизодов, дописывание и переписывание. Для большей эффективности воздействия пожилым людям можно предлагать анализировать прочитанные книги (главы), писать резюме к «улучшенным» вариантам их концовок.

Возможности библиотерапии практически безграничны благодаря использованию огромного количества жанров. Среди них могут быть следующие: *специальная литература* по медицине, психологии, психотерапии, педагогике и т. д.; *научно-популярная литература*, касающаяся той же проблематики, что и специальная, но предназначенная для менее подготовленных читателей; *философская литература*, направленная на расширение представлений человека о себе, других, мире в целом; *биографическая и автобиографическая литература*, описывающая жизнь ярких личностей, их выдающиеся достижения и пережитые трудности; *классическая литература* с ее огромными возможностями самого различного воздействия; *юмористическая и сатирическая литература*, обучающая клиента более широкому и объективному взгляду на жизнь; *афористическая литература*, позволяющая расширить границы кругозора читателя; *фольклор, сказки*, аккумулирующие опыт и мировоззрение целых наций, народов, поколений; *научно-фантастическая литература*, которая позволяет лучше понять и принять крайности своих ощущений, чувств, стимулирует активность и воображение клиента; *детективы и приключенческая литература*, побуждающие к риску, аналитическому мышлению и находчивости; *драматургия*, оставляющая много

свободы для творчества, самостоятельности, развития воображения; *педагогическая литература*, которая применяется для коррекции проблем в отношениях с родственниками младшего возраста; *юридическая литература*, дающая возможность пожилому человеку разобраться в причинах многих видов неправильного поведения, как собственного, так и окружающих; *узкопрофессиональная литература*, которая может дать ценный материал благодаря возможности перенести опыт высокого профессионализма в практическую психологию, бытовые ситуации; наконец, *любая другая литература* (которая может выявиться в процессе диагностики) – это те книги, которые произвели на читателя особое впечатление по тем или иным причинам.

Пожилым людям можно рекомендовать большое количество произведений (прил. 1). Таким образом, книги, предлагаемые пожилым людям, предназначены не только для умиротворенного чтения, но и для улучшения возможностей понимания своей жизненной ситуации, ее принятия, мотивации к улучшению качества своей жизни. Многие издания вдохновляют пожилых людей заняться тем, на что ранее им не хватало времени, уделить больше сил саморазвитию и здоровью.

Книги зачастую помогают разобраться в проблемах с выросшими детьми, по-другому взглянуть на их жизнь, лучше понять и поддержать их. С этой же целью можно использовать книги, которые написаны про пожилых людей для их внуков. Так, можно найти большое количество книг, посвященных, например, бабушкам и дедушкам (прил. 2). Эти книги показывают, что бабушки и дедушки, безусловно, занимают особое место в жизни каждого человека: они придумывают веселые игры и развлечения, рассказывают добрые сказки, дают мудрые советы, а бабушки еще и пекут очень вкусные пироги. С бабушками и дедушками не бывает скучно, и что бы ни случилось, они всегда утешат и поддержат. Кроме того, они могут даже похулиганить с внуками.

Прогнозируемые результаты использования библиотерапии:
– Нормализация эмоционального фона пожилого человека: успокоение, удовольствие, радость.

– Появление чувства уверенности в себе, вера в свои возможности, удовлетворенность собой.

– Повышение общей психической активности посредством стимуляции нормальных и защитных психических реакций на фоне подавления негативных, что помогает проработать травмирующие переживания.

Безусловно, необходимо учесть, что не каждому пожилому человеку подойдет этот метод, поскольку он предъявляет достаточно высокие требования к когнитивным процессам.

§ 3. Кинотерапия

Кинотерапия – это современное направление психокоррекции с использованием кино. Е. И. Захарова и О. А. Карабанова подчеркивают, что этот метод позволяет объединить культуру, искусство и психологию в достаточно действенный инструмент самопознания и личностного развития [1].

Психокоррекционное воздействие кинотерапии сходно с влиянием библиотерапии, однако кинотерапия может быть использована для более широкого круга пожилых людей, поскольку не требует желания и умения читать и является более простой как по способу освоения, так и по доступности для восприятия.

Главное преимущество кинотерапии заключается в том, что ее можно проводить практически в любых условиях. Любое учреждение для пожилых людей может организовать подобные киносеансы, где они будут не просто смотреть кино, но и работать над собой, улучшать свое психологическое состояние, возвращать радость жизни.

Обычно кино воспринимается людьми позитивно, ведь во время просмотра фильма человек погружается в особый мир, полностью отключаясь от повседневных тревог. Кроме того, талантливые фильмы вызывают сильные эмоциональные переживания.

В кинотерапии фильм используется как средство самопознания и раскрытия внутренних резервов личности, как средство эффективной саморегуляции, как инструмент налаживания меж-

личностных и межгрупповых взаимоотношений и др. Самой важной отличительной чертой кинотерапии является ее способность очень быстро устранять негативные эмоции, заменяя их позитивными, что продуктивно сказывается и на деятельности, и на личной жизни человека.

Кино отображает реальную жизнь, и очень часто в героях, событиях и ситуациях фильмов пожилые люди узнают себя и своих близких. Каждый человек может найти для себя ответ на собственный вопрос, так как видение и интерпретация столь же неповторимы, как и индивидуальность.

Методы и приемы. Процедура начинается с вводной лекции о том, что такое кинотерапия, на что стоит обращать внимание при просмотре кинофильма. Далее фильм просматривается с пожилым зрителем или группой. Вначале проходит спонтанное обсуждение сразу после просмотра. Далее следует обсуждение, при котором анализируются герои, ощущения зрителей, ситуация, конфликт, изображенный в киноленте. Каждый озвучивает, что он получил от просмотра, что понял для себя, что вынес. Участники высказывают мысли и чувства, вызванные затронувшими их эпизодами и героями фильма.

Выделяются следующие уровни анализа фильмов:

- Интерпретация сюжета, погружение в метафору, совместное эстетическое переживание.
- Работа с символами и их возможными смыслами.
- Проекция как основной механизм восприятия киноматериала.
- Спонтанное обсуждение.

Обобщение результатов и их обсуждение проводятся психологом, который помогает участникам осознать свои жизненные ситуации, актуальные потребности, препятствия и возможности.

Правильный отбор фильмов для группового просмотра очень важен. Многие люди в возрасте любят фильмы, которые они смотрели в юности. Это и известный сериал про Анискина, и культовая лента «Иван Васильевич меняет профессию», и «Бриллиантовая рука». Атмосферу 1970-х гг. помогут вернуть такие фильмы, как «Москва слезам не верит», «Служебный роман», «Покровские во-

рота» и др. Не обязательно выбирать только известные киноленты, есть хорошие картины, не ставшие популярными, но, тем не менее, заслуживающие внимания.

Многие пожилые люди интересуются и современным кинематографом. Так, сравнительно новые киноленты («Метро», «1 + 1», «Воды слонам», «Выживая с волками», «Жизнь Пи» и многие другие) будут интересны пожилым зрителям и при этом не вызовут у них негативных эмоций. Мужчины отдают предпочтение боевикам, а также лентам с напряженным сюжетом, а дамам больше нравятся мелодрамы. Конечно, вкусы у пожилых людей индивидуальны, поэтому стоит учитывать их особые предпочтения.

Образ пожилого человека менялся как в мировом, так и в отечественном кинематографе. Для кинотерапии важно подбирать фильмы, транслирующие конструктивный образ старения (прил. 3, 4).

Таким образом, в результате кинотерапии участники могут достичь следующих результатов:

- Разрешить свою трудную ситуацию, помочь пробудить себя к конкретным действиям. Научиться отвечать на вызовы окружающей среды новым, неожиданным даже для самого себя способом.

- Расширить горизонты восприятия жизни, получить представление об альтернативных способах поведения, мыслей и чувств. Научиться использовать новые подходы к решению каких-либо жизненных вопросов, более адекватные для данных жизненных ситуаций.

- Лучше понять свое тело и то, как и на какие семантические послания оно реагирует. Осознать, какой орган, часть тела или все тело целиком откликается на какое-то действие или субъекта.

- Справиться с неуверенностью, вызванной возрастными изменениями собственной внешности, и обрести новую перспективу в понимании красоты.

- Почувствовать свою внутреннюю силу, найти в себе дополнительный ресурс.

- Пережить горе или утрату.

- Выявить слабые места, узнать, что именно включает одни и те же автоматические реакции, заставляющие совершать раз

за разом одни и те же ошибки. Исследовать свои личностные особенности и поведенческие паттерны, начать свой путь к осознаным изменениям.

– Переоценить и скорректировать свои действия и действия значимых людей, наладить межличностные и межгрупповые взаимоотношения.

– Повысить навыки саморегуляции.

§ 4. Анималотерапия

Метод **анималотерапии** в достаточной мере проверен современной психологической практикой. Он доступен для всех и не требует особых затрат и специального оборудования. В анималотерапии используются как непосредственные контакты с животными, так и их образы и звуки.

Этот метод получил широкое распространение относительно недавно, и поэтому его до сих пор часто называют нетрадиционным, но вместе с этим он имеет длинную историю. Еще в доклассовом обществе вера в могущество животного обязывала людей соблюдать некоторые нормы и правила, регулировала общение и являлась одним из источников благополучия и покоя. Особое отношение людей к животным содействовало расширению возможностей эмоционального отреагирования страхов, агрессивности, чувства беспомощности и одиночества, снимало психическое напряжение, позволяло переживать изменения и искать ресурсы в самих себе, давало успокоение и уверенность.

В 1796 г. в английском графстве Йоркшир была основана больница для душевнобольных «Ретрит», в которой в процессе лечения стали применять собак. Так возникло направление в психологии, получившее название *канистерапия* (от лат. *canis* – собака). Врачи больницы отмечали положительное влияние животных в снижении агрессии и уменьшении частоты приступов у пациентов. Начиная с 2000 г. в психиатрических клиниках США метод канистерапии используется для реабилитации пациентов с болезнью Альц-

геймера. На данный момент в анималотерапии он применяется и как самостоятельный метод, и как одна из составляющих процесса терапии.

Опираясь на научные труды С. Д. Деребо и В. А. Ясвина, можно выделить следующие *функции анималотерапии* [2, с. 65].

Психофизиологическая функция – снижение уровня стресса, нормализация работы нервной системы и психики в целом.

Психотерапевтическая функция – гармонизация межличностных отношений у людей, получающих опыт взаимодействия с животными.

Реабилитационная функция – контакты с животными и растениями. Они являются тем дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, который может способствовать как психической, так и социальной ее реабилитации. Показательно, что стремление к взаимодействию с миром природы особенно проявляется у людей, перенесших ту или иную утрату.

Функция самореализации, помогающая пожилому человеку заново найти свое место в жизни, попробовать реализоваться в новой ипостаси, чтобы чувствовать удовольствие от реальности. Реализация может происходить через опыт общения с животным, возможно, получаемый человеком впервые. Без самореализации невозможно получение удовольствия от процесса жизни, что может привести к глубочайшему личностному кризису.

Коммуникативная функция – это функция партнеров по общению.

Исходя из выделенных функций, можно сделать вывод, что общение с животными может способствовать самореализации, реабилитации и повышать эффективность коммуникации пожилых людей. При этом от пожилого человека не требуется дополнительных знаний о животных, достаточно просто наблюдать, слушать, гладить и активно взаимодействовать с питомцами. Однако существуют и противопоказания к использованию этого метода, хотя их перечень незначителен и касается в основном острого периода течения любого заболевания. Абсолютными противопоказаниями являются гемофилия, ломкость костей и заболевания почек (это касается конкретно иппотерапии).

Как у любого метода, у анималотерапии могут встречаться *негативные стороны*, к которым относятся возможная демонстрация враждебности животными, аллергия, а также риск паразитарных заболеваний. При наличии аллергий стоит либо отказаться от терапии, либо продолжить ее, но уже с использованием образов (изображений, звуков).

При направленном использовании анималотерапии и правильной работе психолога негативные последствия можно практически исключить. Так как животное – неотделимая часть этого метода психотерапии, то следует уделять ему огромное внимание, обеспечивая особый уход и специальные условия содержания.

Методы и приемы. В анималотерапии в настоящее время используется два основных метода:

- Направленное лечение – целенаправленное использование животных и (или) их символов по специально разработанным терапевтическим программам. В этом виде анималотерапии задействуются специально обученные животные, а не просто домашние питомцы, проживающие у пожилого человека.

- Ненаправленное (естественное) лечение – взаимодействие с животными в домашних условиях без осознания или целенаправленного понимания их терапевтического значения.

В зависимости от того, какие именно используются животные, направленная анималотерапия делится на следующие виды: иппотерапия, дельфинотерапия, канистерапия, фелинотерапия, фиш-терапия, орнитотерапия.

Наиболее распространенным методом является *канистерапия* – разновидность анималотерапии, при которой для реабилитации и поддержки людей используются специально обученные собаки. Причинами частого использования собак являются их ориентация на человека, преданность и общительность, а также достаточно простые условия содержания, мобильность и способность к дрессировке. В результате применения канистерапии у пожилых людей лучше сохраняются умственная и эмоциональная деятельность и реагирование, улучшается двигательная система. Собака позволяет снизить проявления страха, депрессии, напряжения, рас-

сеянности и мобилизовать двигательные функции. Неразговорчивые пожилые люди могут начать больше говорить, а люди с эмоциональной некомпетентностью – реагировать на животных с неожиданно сильным чувством и пониманием.

М. Н. Мальцева подробно описывает процедуру проведения цикла занятий по анималотерапии [3].

Перед планированием работы необходимо:

- Исключить наличие противопоказаний: аллергий, астмы, острых заболеваний дыхательных путей и кожи, фобий.

- Тщательно расспросить пожилых людей либо ответственных за них (опекунов, социальных работников и пр.) о специфике заболевания и состоянии здоровья.

Перед началом работы необходимо обеспечить и проконтролировать следующее:

- Животные должны быть здоровыми, чистыми в меру понимания зоогигиены, не иметь паразитов.

- Животные должны быть предварительно отобраны исходя из особенностей поведения.

- Сопровождающие животных люди должны иметь теоретическую и практическую подготовку.

- Волонтеры должны быть тщательно проинструктированы перед каждым занятием.

Перед практической работой с пожилыми людьми, особенно перед первыми занятиями, необходимо:

- Аккуратно, осторожно знакомить их с животными, особенно внимательно наблюдать за их поведением при первой встрече.

- Обеспечивать безопасность пожилых людей и животных.

- Соблюдать принцип «один наблюдатель – один пожилой человек».

- Избегать неконтролируемого общения группами.

На протяжении всей практической работы с пожилыми людьми необходимо обеспечить следующее:

- В составе группы должен быть методист с опытом работы.

- Для каждого занятия должна быть поставлена четко сформулированная задача.

– По каждому занятию необходимо вести записи с фиксацией их дат и продолжительности, фамилий, возраста и диагнозов пожилых людей, места проведения, типа занятия (групповое, индивидуальное), данных о животных (вид, пол, кличка) с описанием сути занятия.

– Необходимо периодически проводить опросы пожилых людей для оценки эффективности работы.

При однократной встрече не нужно форсировать ситуацию, ставить много задач, пытаться достичь многого за малый промежуток времени. *Основная цель – не навредить пожилому человеку!*

При систематических занятиях необходимо работать по плану. При составлении плана занятий необходимо учитывать следующие факторы:

– Иметь представление обо всех особенностях пожилых людей, с которыми предстоит работать.

– Выделить наиболее значимые трудности и работать преимущественно с ними, не упуская из виду и другие.

– Поставить конкретную задачу на улучшение или закрепление конкретного навыка или группы навыков или реакций.

– Увеличивать нагрузку или усложнять задание постепенно и систематически.

– В начале занятия проверять стабильность улучшения, в конце – усложнять задачу, стимулируя пожилого человека.

– Своевременно вводить новые элементы, чтобы избежать скуки.

– Не перегружать пожилого человека физически и эмоционально.

– По завершении занятия фиксировать результаты.

Пожилым клиент может с опасением относиться ко всему новому, быть избыточно брезгливым, настороженным, недружелюбным. Любое неосторожное действие, движение или слово могут быть им восприняты остро, поняты превратно и запомнены неправильно. Для пожилого человека важен ритуал знакомства (встречи) с новыми людьми и животными, а также не менее важен ритуал прощания. Эти ритуалы успокаивают его, оставляют нужный эмоциональный отпечаток в памяти.

На занятиях необходимо соблюдать следующие условия:

- Мягкое знакомство с учетом возможного страха всего нового.
- Медленное сокращение дистанции до животного.
- Избегание слов, ассоциирующихся с агрессией, страхом, болью.
- Соблюдение ритуала «встреча – прощание».

Анималотерапия может проходить как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Групповая психотерапия проводится в форме полутора-двух-часовых занятий в группе людей, которые сидят в кругу и обсуждают темы, либо возникающие из опыта участников, либо предложенные психологом. Также используются разнообразнейшие дополнительные методы, органично связанные как с личностью и образованием ведущего группы, так и с групповым запросом. Могут применяться методы, способствующие развитию невербальных способов взаимодействия (например, психогимнастика), усилению и проявлению чувств, ролевые игры. Как правило, само по себе появление собаки в такой группе вызывает поток положительно окрашенных воспоминаний. Если стимулировать пожилых людей вопросами про их опыт взаимодействия с животными, то общение становится еще более активным.

В начале работы необходимо познакомить группу с собаками (из расчета две-три собаки на 10–15 человек), рассказать пожилым людям о животных как можно более подробно: где собаки живут, как их тренируют, почему была выбрана та или иная порода. После этого можно начать коллективное обсуждение достоинств разных пород и видов дрессировки собак, предложить обсудить книги или фильмы о них, рассмотреть фотографии. В процессе общения можно выявить характерные особенности и склонности пожилых людей.

Опишем подробнее *приемы канистерапии* в психологической и неврологической реабилитации различных групп пожилых людей.

1. *Работа с пожилыми людьми, общение с которыми затруднено вследствие нарушений речи, эмоционально-психических нарушений либо по иным причинам.*

В случае, когда невозможно получить от пожилого человека отчетливое согласие на сеанс канистерапии, необходимо выяснить

его реакцию на собаку. Для этого собаку вводят в помещение, где находится пожилой человек, усаживают в поле его зрения и внимательно наблюдают за ним. Очень важно, чтобы собака сидела или лежала, так как эта поза животного вызывает меньше психологического дискомфорта у людей, боящихся собак (стоящее илидвигающееся животное вызывает неосознанный страх нападения, в отличие от сидящего или лежащего). Также важно не подводить животное ближе, чем на 2,5–3 м, чтобы не нарушать границы зоны психологического комфорта.

Если пожилой человек не проявляет страха или агрессии, можно осторожно подвести собаку ближе к нему. При этом важно подводить собаку медленно и так, чтобы пожилой человек не терял ее из поля зрения. Эмоциональная реакция на собаку может помочь наладить контакт с пожилыми людьми, не желающими контактировать с медицинским персоналом. Она также может быть маркером эмоционального состояния пожилого человека, скрывающего его от врача. Так, пожилой человек может утверждать, что не хочет никого видеть, но собака может тянуться к нему – это будет значить, что человек все-таки нуждается в сочувствии и контакте с живым существом.

При наличии ярко выраженной положительной реакции пожилого человека на собаку возможны разные варианты работы:

– *Вариант дистанционной работы.* Инструктор играет с собакой на определенном расстоянии от пожилого человека, гладит ее, дает лакомство, подает команды. Собака выполняет упражнения-трюки, способные вызывать положительные эмоции пожилого человека, например, кувыркается, дает лапу, кланяется и т. п. Первая встреча в таком случае должна продолжаться не более 10 мин. Впоследствии продолжительность встреч увеличивается до 20–25 мин.

– *Вариант работы с контактом.* Если пожилой человек проявляет желание потрогать собаку, он протягивает руку или иным способом дает понять, что контакт с собакой желателен – ее подводят для знакомства и поглаживания. Первая встреча продолжается 5–10 мин. Дальнейшая продолжительность работы определяется в зависимости от состояния пожилого человека, но не более 30 мин.

2. Работа с пожилыми людьми, охотно идущими на контакт.

Работать с собакой можно даже с лежачими пациентами – подводя собаку сбоку от кровати; с пожилыми, сидящими на стуле или кресле, находящимися в коляске или лежащими на полу на матрасе. В случаях работы с сидящими пожилыми людьми необходимо поставить стул или кресло спинкой вплотную к стене; при работе с пожилым человеком в коляске необходимо следить, чтобы она не перемещалась. Собаку нужно незаметно направлять к пожилому человеку со стороны наиболее выраженных нарушений, стимулируя работу наиболее слабых мышц, создавая видимость независимого поведения собаки или управления собакой пожилым человеком. На самом деле поведением собаки управляет ее инструктор, получающий сигналы или точную инструкцию от врача. При этом пожилой человек должен быть убежден в том, что собака слушается именно его. Примеры упражнений канистерапии приведены в конце пособия (прил. 5).

3. Канистерапия в отношении взрослых лиц с интеллектуально-мнестическими расстройствами.

Такие люди могут демонстрировать либо полное отсутствие критической оценки собственного состояния и нарушения способности к обучению и усвоению навыков, либо поверхностность, непоследовательность суждений и умозаключений, а также нарушения памяти.

При планировании сеансов канистерапии необходимо разделить пожилых людей на группы по степени тяжести заболевания. Совмещать пожилых людей с легкой деменцией с другими пожилыми людьми не рекомендуется в связи со следующими обстоятельствами:

- Наличие людей с более тяжелыми формами проявления заболевания угнетает и раздражает пожилых людей с легкой формой болезни, усугубляет депрессию.

- С пожилыми людьми с легкой деменцией рекомендуется проводить групповые занятия, а с пожилыми людьми с тяжелой деменцией – индивидуальные.

– В смешанных группах эффективность канистерапии заметно снижается.

Эффективность канистерапии во многом зависит от грамотного подбора собак. Собаки, использующиеся в данной области, могут быть крупных, средних и маленьких размеров, уравновешенного темперамента, не склонные к порывистым движениям. Следует учесть специфику пожилых людей – тревожность, возможную агрессивность, брезгливость. Также нужно принять в расчет то, что в данном случае клиенты – это взрослые люди со своим жизненным опытом, и некоторые породы собак могут быть отвергнуты ими из-за отрицательных ассоциаций.

После установления контакта с животным *группе пожилых людей с легкой деменцией* можно предложить помочь в подготовке собак для выступлений, для работы с лицами с тяжелыми проявлениями деменции, для другого полезного применения. Этот прием позволяет пожилому человеку почувствовать себя востребованным и полезным для общества, завязать новые рабочие отношения в группе и с вожатыми собак. К тому же это придает осознаваемый положительный смысл посещениям пожилых людей группой канистерапевтов. Также это разнообразит занятия, стимулирует мотивацию, сенсорную и двигательную активность пожилых людей, позволяет менять собак и специалистов.

Занятия строятся по следующей схеме: 1) приветствие; 2) рассказ о том, чем занимались собаки и специалисты между визитами; 3) обсуждение; 4) постановка задачи по тренировке собак; 5) «тренировка»; 6) обсуждение результата. Очень важно эмоционально окрашивать рассказы о жизни и работе собак, поддерживать желание пожилых людей поделиться своими переживаниями и воспоминаниями. В работе необходимо использовать фотографии с выступлений собак, показывающие реальный вклад пожилых людей в подготовку животных к работе. Общий эмоциональный фон должен быть доброжелательно-положительным, однако иногда можно рассказывать умеренно печальные или трогательные истории для тренировки эмоционального восприятия пожилых людей.

Для увеличения сенсорного разнообразия необходимо периодически вводить новые элементы «тренировки», а также менять собак и специалистов. Заменять собак нужно не ранее, чем через 4–6 занятий, предварительно предупредив пожилых людей о том, что у них скоро появится «новый ученик, а старый уйдет в отпуск» и т. п. После перерыва знакомые собаки возвращаются к группе. Следует учесть, что хаотическая смена собак и специалистов без предупреждения или постоянное появление новых собак вызовут негативные последствия – поверхностность интереса, отсутствие запоминания, сопереживания, установления социальных связей. Также необходимо учитывать, что пожилые люди в конце каждого занятия должны видеть положительные результаты своей работы с собаками, например, четкое выполнение какой-то команды, которая в начале занятия выполнялась хуже или не выполнялась. Также полезно ставить долгосрочные задачи – на 2–4 занятия и, соответственно, подчеркивать их достижение. Например, объяснить пожилым людям, что собаку нужно научить кувыраться, но за одно занятие это сделать не получится. Занятия, построенные таким образом, укрепляют мотивацию пожилых людей к запоминанию, достижению поставленных целей, приносят удовлетворение от выполнения задачи, дают ощущение завершенности дела. Некоторые задания должны объединять участников группы вокруг собаки, например: два человека держат обручи, два – подсказывают траекторию прыжка собаки, один держит лакомство, один – поводок и т. п. Заканчивать каждое занятие лучше, добившись эмоционально ровного и доброжелательного состояния пожилых людей. При планировании курса следует четко формулировать задачи, например, улучшить коммуникативные навыки пожилых людей, их способность к запоминанию и логическому мышлению, добиться устойчивого повышения их настроения. При наличии у пожилых людей страхов, связанных с определенными действиями или предметами, необходимо это учесть.

При работе с *пожилыми людьми с умеренной или средней деменцией* следует учитывать, что они склонны к тревожности, часто бывают категоричны, требовательны, иногда агрессивны

и упрямы. Они некритично относятся к своему состоянию, не могут трезво оценить свои возможности, в том числе физические. С учетом этих обстоятельств психолог должен особенно внимательно контролировать общение пожилого человека с собакой, защищая ее от возможных травм. С такими пожилыми людьми эффективнее работать в группах по 5–12 человек, используя соревновательный эффект и стремление к самоутверждению, индивидуальная работа гораздо менее результативна. При группе обязательно должен находиться представитель учреждения, хорошо знающий особенности пожилых людей.

Для объединения группы и придания общей цели занятиям могут быть предложены следующие сценарии:

- Участие в историческом исследовании, когда можно попросить пожилых людей вспомнить и описать все, что в их жизни было связано с собаками, в форме автобиографии.

- Участие в исследовании, при котором можно попросить пожилых людей завести дневники и описывать свои впечатления от общения с собаками и то, что им кажется важным. Перед каждым занятием фотографировать дневник. В конце занятия обсуждать планы на будущее занятие. Это укрепляет память, стимулирует логическое мышление, возвращает интерес к жизни.

В целом занятия также строятся на «дрессировке и тренировке» собак и организуются по типу занятий с лицами с легкой деменцией со следующими поправками:

- Продолжительность занятий не должна превышать 60 мин.
- Интенсивность нагрузки повышается медленно, без излишней насыщенности занятий новыми упражнениями, темами обсуждений, собаками и вожатыми.

- Необходимо избегать переутомления пожилых людей, которое выражается в общем возбуждении, повышении конфликтности или нарастающей сонливости.

- Для успокоения пожилых людей активные упражнения с собаками следует чередовать с обсуждениями.

- В случае возникновения разногласий между пожилыми людьми, повышения их агрессивности необходимо использовать метод переключения.

– Объединяющие группу задания вводятся постепенно. Сначала составляются подгруппы из двух человек. При условии удачного выполнения упражнения и отсутствия конфликтов между участниками численность подгруппы увеличивают.

– При каждой возможности необходимо стимулировать желание пожилых людей вспоминать и обсуждать то, что было на прошлом занятии или в начале этого, планировать следующее занятие.

Цели и задачи должны быть достижимы и измеримы.

У *пожилых людей с тяжелыми формами деменции* чаще всего нарушены функции речи. При этом они достаточно часто хотят общаться, но испытывают стеснение от невозможности выразить свои ощущения словами. Такие пожилые люди с большим удовольствием общаются с собакой, не вызывающей у них стеснения, чем с персоналом учреждения. Со временем их внимание переносится с собаки на вожатого. Основная задача канистерапевта в этом случае – поддержать интерес к жизни, мягко стимулировать желание общаться. Работа с такими пожилыми людьми проводится индивидуально или группами по 3–4 человека. Одно занятие обычно занимает 15–30 мин, так как пожилые люди быстро утомляются, у них переключается внимание, пропадает интерес. С учетом того, что избыток сенсорных впечатлений может вызвать у этих людей срыв и ухудшение состояния, необходимо тщательно дозировать нагрузку, повышая ее очень медленно. Не стоит громко и эмоционально общаться с пожилым человеком, перегружать его длинными, сложными для понимания фразами. Собака должна быть спокойна и при первых встречах малоподвижна; активные перемещения собаки, демонстрация дрессировки, смена собаки возможны только по мере включения пожилого человека в процесс терапии.

У лиц с тяжелой деменцией тревожность, как правило, отсутствует, заметно вялое безразличие, отсутствие реакции на действия персонала, или наблюдается реакция отторжения – пожилой человек демонстративно отворачивается. Однако подавляющее большинство таких людей при первом же знакомстве пытаются погладить собаку или начинают ее рассматривать с выраженным

интересом. При первой встрече с таким человеком необходимо предоставить ему самому возможность реагировать на появление собаки, не подталкивая к каким-либо действиям. Далее можно представить собаку и рассказать, что она будет приходить к пожилому человеку, если ему понравится. Часто бывает, что при первой встрече он не реагирует на слова и, кажется, не слышит и не понимает, однако уже при следующем визите проявляет выраженный интерес. В любом случае задача канистерапевта при работе с пожилыми людьми – поддерживать их интерес к взаимодействию с собакой, общаться ровно и дружелюбно. В начале каждого занятия необходимо здороваться, по окончании – прощаться, даже если реакция клиента отсутствует. Занятие может состоять из поглаживания собаки, в этот момент специалист обращается с несложными фразами к собаке и к пожилому человеку. Если его состояние позволяет, он может кидать собаке игрушку, можно показывать ему выполнение собакой команд и трюков. Заканчивать занятие следует поглаживанием собаки для успокоения пожилого человека.

Если при регулярных занятиях становится заметно, что интеллектуально-мнестические функции пожилого человека восстанавливаются, работа с ним усложняется. Его следует мягко стимулировать к управлению собакой голосовыми и жестовыми командами, предоставлять ему возможность выбирать команды самостоятельно, стимулировать память просьбой напомнить, что было на прошлом занятии, и т. п. Если же его состояние не улучшается, необходимо предоставить ему возможность общаться с собакой, гладить ее, периодически разнообразить занятие выполнением трюков или команд. Целями занятий в этом случае станут улучшение настроения, повышение интереса к окружающему миру, восстановление способности к общению.

Контроль эффективности канистерапии для лиц с интеллектуально-мнестическими расстройствами проводят через каждые десять занятий с использованием следующих шкал: госпитальная шкала депрессии; краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); клиническая рейтинговая шкала деменции; батарея лобной дисфункции.

Таким образом, анималотерапия использует множество терапевтических методик, при которых применяются разные образы и животные. Такая терапия может дать ожидаемые результаты, если психолог будет достаточно профессионален и будет использовать животных высокого уровня подготовки. В работе с пожилыми людьми следует использовать ненаправленный метод анималотерапии, при котором внимание клиента не фиксируется на целенаправленной психотерапевтической деятельности, а общение с животным рассматривается как естественное взаимодействие.

§ 5. Арттерапия

Арттерапия как практическое направление в психологии возникла в 1930-е гг. Первые случаи применения арттерапии относятся к попыткам коррекции эмоционально-личностных проблем детей, эмигрировавших в США из Германии во время Второй мировой войны.

Термин «арттерапия» (букв. – «терапия искусством») ввел в употребление Адриан Хилл в 1938 г. Это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятий искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья. Таким образом, арттерапия основана на искусстве, в первую очередь изобразительном, и на творческой деятельности.

Первоначально арттерапия возникла в контексте теоретических идей З. Фрейда и К. Г. Юнга, а в дальнейшем приобретала более широкую концептуальную базу, включая гуманистические модели развития личности.

Основная цель арттерапии состоит в гармонизации развития личности через раскрытие способностей к самовыражению и самопознанию.

С точки зрения представителей классического психоанализа, основным механизмом коррекционного воздействия в арттерапии является сублимация, а важнейшей техникой – *техника активного воображения*, направленная на то, чтобы столкнуться лицом

к лицу сознательное и бессознательное личности и примирить их между собой посредством аффективного взаимодействия.

С точки зрения представителей гуманистического направления, коррекционные возможности арттерапии связаны с предоставлением человеку практически не ограниченных возможностей для самовыражения и самореализации в продуктах творчества, утверждения и познания своего Я. Создаваемые продукты объективируют аффективное отношение человека к миру, облегчают процесс коммуникации и установления отношений со значимыми другими (родственниками, детьми, сверстниками и т. д.). Интерес к результатам творчества со стороны окружающих, принятие ими продуктов творчества повышают самооценку пожилого человека и степень его самопринятия и самооценности.

По мнению сторонников обоих направлений, коррекционное воздействие происходит благодаря самому *процессу творчества* как исследования реальности, познания новых, прежде скрытых от исследователя сторон и создания продукта, воплощающего эти отношения.

Арттерапия может использоваться как в виде основного, так и в качестве одного из вспомогательных методов.

Можно выделить два основных механизма психологического коррекционного воздействия, характерных для арттерапии:

– Искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переструктурирование этой ситуации на основе креативных способностей субъекта.

– Второй механизм связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить знак аффекта с отрицательного на положительный.

Методы и приемы. В качестве материалов на занятиях по арттерапии используются краски, глина, клей, мел и др. Арттерапия применяется как в индивидуальной, так и в групповой форме.

В процессе творческого самовыражения в ходе проведения арттерапии возможно взрывное высвобождение сильных эмоций, что требует особой подготовки психолога, работающего в данной технике.

Недостатком арттерапии может являться то, что глубоко личный характер выполняемой пожилым человеком работы может привести к уходу в себя вместо того, чтобы способствовать самораскрытию и установлению контактов с другими людьми. У некоторых людей самовыражение средствами искусства вызывает очень сильный протест, хотя для большинства такие способы представляются наиболее безопасными.

Существует две формы арттерапии: пассивная и активная. При *пассивной форме* используются уже существующие произведения искусства посредством их анализа и интерпретации. Клиент рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения. В этом смысле библиотерапия и кинотерапия представляют собой варианты арттерапии. При *активной форме* арттерапии происходит побуждение пожилых людей к созданию продуктов самостоятельного творчества: рисунков, скульптур и т. д. *Смешанная форма* предполагает использование как уже имеющихся произведений искусства, так и самостоятельного творчества. Еще один вариант проведения арттерапии связан с включением в процесс творчества самого психолога (совместная лепка, рисование и др.) с целью установления взаимодействия с пожилым человеком.

Занятия по арттерапии могут быть структурированными и неструктурированными. На *структурированных* занятиях тема жестко задается и материал предлагается психологом. Как правило, по окончании занятий обсуждаются тема, манера исполнения и т. д. На *неструктурированных* занятиях пожилые люди самостоятельно выбирают тему для освещения, материал, инструменты.

Арттерапевт может работать в различных психологических направлениях: динамически ориентированной психологии, гештальтпсихологии и т. д. Таким образом, техника арттерапии является достаточно гибкой и позволяет реализовывать разные подходы к пониманию личности клиента.

К *средствам арттерапии* относят резьбу по дереву, чеканку, мозаику, изготовление витражей, лепку, рисунок, поделки из меха и тканей, плетение, шитье, выжигание, валяние из шерсти, моде-

лирование из бумаги, работу с красками, деревом, камнем, порождение речевых образов, написание рассказов, пение, музыку, выразительные движения.

Показания для проведения арттерапии: трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность эмоциональных реакций, эмоциональная депривация, переживания эмоционального отвержения, чувство одиночества, наличие конфликтов в межличностных отношениях, неудовлетворенность в семейной ситуации, ревность, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции, негативная Я-концепция, низкая, дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самопринятия.

Применение арттерапевтических методов, в первую очередь рисуночной терапии, незаменимо в случаях тяжелых эмоциональных нарушений, коммуникативной некомпетентности, а также при низком уровне развития мотивации к деятельности. Также они актуальны в случае трудностей общения: замкнутости, низкой заинтересованности в сверстниках или излишней стеснительности. Арттерапия помогает объединить пожилых людей в группу при сохранении индивидуального характера их деятельности и облегчить процесс их коммуникации, опосредовать ее общим творческим процессом и его продуктом. Как правило, арттерапевтические методы присутствуют в любой программе психолога, дополняя и обогащая ее развивающие и корректирующие возможности.

Создание продукта в процессе арттерапии обусловлено целой системой побуждений, центральными из которых являются следующие:

- Стремление субъекта выразить свои чувства, переживания во внешней действенной форме.
- Потребность понять и принять то, что происходит в собственной душе.
- Потребность вступить в коммуникацию с другими людьми, используя продукты своей деятельности.
- Стремление к исследованию окружающего мира через символизацию его в особой форме, конструирование мира в виде рисунков, сказок, историй.

Процесс создания любого творческого продукта базируется на таких психологических функциях, как активное восприятие, продуктивное воображение, фантазия и символизация.

Об *эффективности арттерапии* можно судить на основании положительных отзывов, активизации участия в занятиях, усиления интереса к результатам собственного творчества, увеличения времени самостоятельных занятий. Результаты применения арттерапии показывают, что пожилые люди нередко открывают в себе творческие способности и по окончании курса продолжают самостоятельно заниматься разными видами творчества, навыки которых они приобрели в процессе занятий.

Взаимодействие психолога с пожилыми людьми требует учета целого ряда психологических, социальных и физиологических факторов. Специфическими *задачами* арттерапевтической работы с этой группой являются:

- Преодоление социальной изоляции.
- Повышение самооценки пожилого человека.
- Создание условий для актуализации его жизненного опыта.
- Признание другими его ценностей.
- Реализация им своего творческого потенциала и т. д.

Несомненную значимость имеет социальный контекст, в котором реализуется работа такого рода, в частности, нередкое одиночество и изолированность пожилых людей, их беспомощность, относительная ограниченность ресурсов общества для помощи им.

Пожилые люди в большинстве случаев имеют соматические заболевания и, конечно же, нуждаются в предварительной тщательной оценке своего физического состояния. Арттерапевтическая работа с ними может строиться по-разному, но, как правило, предпочтение отдается ее групповым формам. Допускается участие пожилых лиц в смешанных (по возрастному составу) группах, однако в ряде случаев целесообразно формировать группы исключительно из пожилых людей – так можно сосредоточиться на их специфических потребностях или проблемах и учесть возрастные ограничения. Особенностью пожилых людей является, в частности, их быстрая утомляемость. Поэтому групповые занятия должны

быть непродолжительными, проводиться по возможности по утрам и иметь длительные перерывы. Необходимо учитывать и такие вероятные факторы, как слабость зрения и слуха, тугоподвижность суставов и т. д. Компенсировать эти недостатки в какой-то мере могут дополнительное освещение, крупные кисти или мелки. Следует принимать во внимание и выраженное в различной степени снижение памяти и интеллекта, возможные нарушения речи. Хотя все это и затрудняет участие пожилых людей в групповой работе, не исключено использование отдельных методик, связанных, например, с преимущественной работой с материалами, аранжировкой предметов и другими видами деятельности.

Пожилые люди, не имеющие очевидного снижения памяти и интеллекта, оказываются в состоянии включиться в групповой процесс, наладить коммуникацию с членами группы и арттерапевтом, проявить довольно высокий уровень творческой инициативы.

Лица со значительным снижением интеллектуально-мнестических и коммуникативных возможностей могут принимать участие в большинстве известных видов индивидуальной и групповой арттерапии.

В работе с пожилыми людьми важно сделать основной акцент на воспоминаниях, обзоре жизненного пути, положительных и отрицательных моментах их существования в настоящее время. Как на индивидуальных, так и на групповых занятиях необходимо обязательно использовать определенные упражнения для подготовки пожилых людей к работе, чтобы мобилизовать их внимание, а в группе – сблизить ее членов совместными действиями. К. Л. Друкер предлагает различные арттерапевтические техники при работе с пожилыми людьми [4]. Можно, например, использовать такие техники, как «передача листа» и «завершение каракулей». Приступать к работе лучше с простого задания, например, «напиши свое имя» (прил. 6).

Обычно сюжеты для групповой работы возникают на основе тем предыдущей недели: «свадьба», «дети», «семейное древо» и т. д. Для стимуляции общения весьма ценна техника коллажа из цветной бумаги и ткани.

Использование изобразительных техник в индивидуальной работе предполагает меньшую структурированность занятий. Можно попросить пожилых людей отразить в рисунке тот или иной сюжет из их жизни. Для установления доверительных отношений с арттерапевтом можно использовать технику совместного рисования. Многие пожилые люди испытывают в рисовании определенные затруднения: оно напоминает им о детских годах и кажется несерьезным занятием. Иногда они думают, что таким образом арттерапевт проверяет степень их «глупости», поскольку знают о слабости своей памяти. Некоторым пожилым людям участие в арттерапевтической работе чем-то напоминает процедуру психологического тестирования. Однако многие все же находят изобразительную работу очень важной для себя, так как она предоставляет им возможность реализовать то, что они долго в себе подавляли, всю жизнь занимаясь «практически значимыми делами», не давая выхода своим чувствам и не уделяя внимания самим себе. Люди этой возрастной группы особенно нуждаются в обращении к прошлому для того, чтобы увидеть смысл в событиях собственной жизни.

Арттерапия в работе с пожилыми людьми, имеющими *различные нарушения*, имеет свою специфику. Например, это касается *лиц с депрессивными расстройствами*, вызванными утратой близких или иными ситуативными факторами, параноидальными состояниями, неврозами, а также деменцией. Групповая арттерапия должна входить в программу еженедельных мероприятий для этой категории клиентов. Кроме того, для некоторых пожилых людей по одному разу в неделю (утром или вечером) можно проводить индивидуальные арттерапевтические занятия.

Лица с деменцией испытывают значительные затруднения в концентрации внимания, им трудно работать с изображениями, обсуждать темы, связанные с их собственными проблемами и проблемами других людей. В отличие от них, *лицам с нарушениями функционального состояния* (включая и негрубое снижение памяти и интеллекта) это доступно, они способны к рефлексии своих переживаний и, несмотря на часто встречающуюся убежденность

в невозможности что-либо изменить в своем состоянии, достигают определенных положительных результатов. Работа с людьми, имеющими выраженные расстройства памяти, подробно описана в прил. 7.

Особое внимание необходимо уделить *групповой арттерапии*, являющейся наиболее распространенным видом работы с пожилыми людьми. Участники группы – это, как правило, люди, нуждающиеся в безопасном пространстве для реализации своих творческих возможностей, а также в социальной поддержке. Группа может включать от шести до восьми человек, которые имеют возможность, опираясь на взаимную поддержку и интерес, совместно заниматься художественным творчеством. В такой форме работы обычно трудно обозначить начало, середину и окончание процесса, однако зачастую можно описать групповую динамику.

В начале работы обнаруживаются лица, проявившие живой интерес к занятиям изобразительным творчеством и не испытывавшие затруднений в рисовании. Некоторые чувствуют себя напряженно и выражают сомнение в том, что групповая арттерапия сможет им в чем-либо помочь. Клиентам необходимо объяснить, что не обязательно владеть художественными навыками, задача создания высокохудожественных произведений не ставится, и рисунки не будут делиться на «плохие» и «хорошие». Смысл групповой работы – лучше узнать себя и других. В этих условиях требуется определенная директивность, по крайней мере в первые два-три занятия, для того, чтобы помочь пожилым людям справиться с тревогой.

Можно воспользоваться техниками «изображение имени», «каракули» и «завершение рисунков» для снижения тревоги и устранения страха перед рисованием, поскольку они дают ощущение большей творческой свободы (см. прил. 6). Техника «каракули» способствует оживлению воспоминаний. Можно предложить участникам занятия создание коллективной картины. Рекомендуется обращаться к темам семейных отношений (в частности, использовать технику создания «семейного древа»), брака (рисую сцену свадьбы или венчания), детей и внуков. Для отражения чувств

и мыслей, связанных с жизнью пожилых людей в настоящий момент, можно использовать технику коллажа.

Основной этап работы. На этом этапе группа уже, как правило, сплотилась, пожилые люди стали более чуткими к отсутствию того или другого человека на занятии. Они заботятся друг о друге и демонстрируют приверженность совместной работе. В этот период используется техника коллективной росписи: каждому отводится определенная часть общего листа. Можно начертить большой круг и разделить его на сегменты – по числу участников группы. Затем поясняется, что каждый может рисовать в пределах своего сегмента, что ему заблагорассудится, в центре же круга могут рисовать все. В процессе работы участники, как правило, внимательно относятся к тому, что делают соседи слева и справа, и стремятся, чтобы создаваемая ими часть изображения вписывалась в общую композицию. Посмотрев на законченное изображение, участники отмечают, что каждому удалось сохранить на рисунке свое «я» и в то же время всем вместе создать единое целое.

Завершение работы. На этом этапе можно положить на стол три большие коробки с материалами для коллажа и предложить участникам, разделившись по парам, создать из этих материалов совместную композицию. На последних встречах вновь можно использовать совместную работу: участники группы обводят на листе каждый свою ладонь, что символизирует акт прощания. Участники группы делятся впечатлениями от арттерапевтических занятий и говорят, чем эта работа отличается от «рисования цветов» или «создания высокохудожественных произведений», предназначенных для последующего экспонирования или украшения помещений.

Таким образом, арттерапия позволяет пожилым людям попытаться преодолеть определенные сложности, связанные со снижением их физических возможностей и эмоциональными проблемами, помочь увидеть смысл в событиях своей жизни.

Структурированные арттерапевтические занятия позволяют выразить мысли и проблемы, связанные с возрастом. По мере того как удается преодолеть страх перед рисованием, положительные и отрицательные переживания все более ярко и полно отражаются

в работах. Участие в арттерапевтических занятиях вызывает у пожилых людей чувство сплоченности.

В целом возможность творческого самовыражения для людей пожилого возраста столь же важна, как забота об их физическом состоянии и помощь в бытовых и социальных вопросах.

Групповая арттерапия актуальна не только в работе с самими пожилыми людьми, но и с *персоналом, работающим с ними*. К сожалению, в обществе до сих пор распространено мнение, что работа со стариками неинтересна, однако в отношении общества и персонала к людям пожилого возраста происходят определенные изменения.

Б. Питт перечисляет предрассудки общества, связанные с представлениями о пожилых людях. Эти предрассудки, в частности, включают в себя «пораженчество», доминирование и опекуновство.

«Пораженчеством» он называет распространенное мнение о том, что старику уже нечего ожидать от жизни. Даже врачи могут быть подвержены этому предрассудку и, за исключением крайних случаев, воздерживаться от лечения пожилых людей. Тем самым, имеющиеся ресурсы медицины не задействуются в достаточной степени для помощи данной категории пациентов.

Доминирование может проявляться в формах демонстрации враждебности и превосходства. Многие специалисты, работающие со стариками, хотели бы видеть очевидные признаки улучшения состояния своих подопечных. Арттерапия в этом случае представляется ими как процесс создания красивых картинок для украшения интерьера, и если пожилые люди не обнаруживают признаков воодушевления и счастья, такие специалисты проявляют явную неудовлетворенность и раздражение. Недовольство постепенно приводит к враждебности. Окружающие не готовы принимать пожилых клиентов такими, как они есть, и не ожидать от них обязательного отражения в рисунках счастливых воспоминаний и чувств. Пожилые люди могут при этом испытывать горечь и сожаление и далеко не всегда будут готовы показывать свои работы другим: они, возможно, захотят скрыть их от окружающих или даже уничтожить, поскольку в этих работах отражается их беспомощность.

Сентиментальное умиление и стремление опека́ть – еще одна глубоко деструктивная форма отношения к старикам. Она унижает их достоинство и усиливает зависимость от окружающих. Зачастую разные специалисты, обслуживающие людей пожилого возраста, не координируют своих действий, что ведет к дублированию видов помощи. Кроме того, различия между осуществляемыми видами работы с пожилыми людьми не всегда достаточно четко обозначены [цит. по: 5, с. 183].

Очень часто акцент делается на деятельной стороне работы с пожилыми людьми, а вовсе не на предоставлении им возможности быть самими собой и заниматься тем, чем они хотят – свободно выражать себя в рисунках в присущем каждому индивидуальном стиле и темпе. Очень важно, чтобы пожилые люди следовали своим внутренним потребностям, а не ожиданиям персонала. Лишь при соблюдении этого требования персонал начинает участвовать в работе группы, его отношение к арттерапии меняется, возникает взаимодействие с пожилыми людьми. Полезно рассказывать персоналу об истории арттерапии, объяснять ее принципы и формы, то, с какими группами пожилых людей различные варианты арттерапии могут применяться, какие темы находят отражение в работах пожилых людей и какие задачи ставятся при проведении занятий. При этом участники группы вовсе не обязательно должны иметь художественные потребности. Это тоже необходимо оговорить, начиная работу с группой.

Участие медицинских сестер или специалистов по трудовой терапии в арттерапевтических занятиях на протяжении достаточно продолжительного времени позволяет им лучше узнать пожилых людей, оценить процессы, происходящие в группе, а также избавиться от своих опасений по поводу того, что групповая работа, не ориентирующаяся на решение «практических задач», может быть неэффективной.

Участие персонала в арттерапевтических занятиях способствует улучшению профессионального взаимодействия и устраняет предрассудки и непонимание.

Ожидаемые результаты арттерапии:

- Позволяет сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

- Обеспечивает эффективное эмоциональное отреагирование, придав ему (даже в случае агрессивного проявления) социально приемлемые, допустимые формы. Работа над рисунками, картинами, скульптурами является безопасным способом «выпустить пар» и разрядить напряжение.

- Дает возможность невербального контакта (опосредованного продуктом арттерапии), способствует преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит, что облегчает процесс терапии. Это происходит благодаря тому, что неосознаваемые внутренние конфликты и переживания легче выразить с помощью зрительных образов, чем вербализовать. Таким образом, арттерапия помогает пожилому человеку осознать свои переживания и создает предпосылки для регуляции собственных эмоциональных состояний и реакций.

- Позволяет получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о пожилом человеке, который может оказывать помощь в интерпретации своих произведений. Таким образом, художественная работа может стать отправной точкой для разговора с пожилым клиентом о его жизни и особенностях его личности. Приемы арттерапии используются также при исследовании внутрисемейных проблем. Родственникам пожилого человека предлагается вместе поработать над художественными проектами или изобразить свои представления о состоянии дел в их семье.

- Помогает наладить отношения между психологом и пожилым человеком. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений взаимного принятия и эмпатии.

– Создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции. Эти условия обеспечиваются за счет того, что художественное творчество требует планирования и регуляции деятельности на пути достижения целей, упорядочивания цвета и форм, подбора техники и т. д.

– Существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной Я-концепции и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного пожилым человеком. Побочным продуктом арттерапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате выявления скрытых талантов и их развития. Искусство приносит радость, что важно само по себе, независимо от того, рождается ли эта радость в глубинах подсознания или является результатом осознания возможности развлечься.

– Помогает разрешать конфликты и налаживать отношения между участниками группы, дисциплинирует их. Процесс арттерапии облегчает коммуникацию для замкнутых, стеснительных или слабо ориентированных на общение людей.

Список библиографических ссылок

1. *Захарова Е. И., Карабанова О. А.* Кинотерапия: современный взгляд на возможности применения // Национальный психологический журнал. 2018. № 2 (30). С. 57–65.
2. *Деребо С. Д., Ясвин В. А.* Экологическая педагогика и психология. Ростов н/Д : Феникс : Книга, 1996. 476 с.
3. *Мальцева М. Н.* Основы канистерапии // Собачий остров. СПб. : Благотворит. фонд «Верность», 2013. № 1 (21). С. 16–19.
4. *Drucker K. L.* Swimming Upstream: Art Therapy with the Psychogeriatric Population in One Health District // M. Liebmann. Art Therapy in Practice. L. : Jessica Kingsley Publ., 1990. P. 89–103.
5. Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. СПб. : Питер, 2001. 448 с.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

О с н о в н а я

Абдрахманова З. Р. Геронтология : практикум / З. Р. Абдрахманова. – Йошкар-Ола : ПГТУ, 2016. – 68 с. – ISBN 978-5-8158-1644-2.

Крыжановская Л. М. Методы психологической коррекции личности : учебник для вузов / Л. М. Крыжановская. – Москва : Владос, 2015. – 239 с. – ISBN 978-5-691-02207-4.

Литвинова Н. А. Геронтология : учеб. пособие / Н. А. Литвинова, Т. А. Толочко. – Кемерово : Кемеров. гос. ун-т, 2013. – 140 с. – ISBN 978-5-8353-1568-0.

Современные представления о психической норме и патологии: психологический, клинический и социальный аспекты / Моск. ин-т психоанализа ; отв. ред. Н. Л. Белопольская. – Москва : Когито-Центр, 2015. – 293 с. ISBN 978-5-89353-471-9

Нагаев В. В. Основы клинической психологии : учеб. пособие / В. В. Нагаев. – Москва : ЮНИТИ-Дана : Закон и право, 2014. – 463 с. – ISBN 978-5-238-01156-1.

Осипова А. А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / А. А. Осипова. – Москва : Сфера, 2000. – 508 с. – ISBN 5-89144-100-4.

Пожилые в современной России: между занятостью, образованием и здоровьем / И. А. Григорьева, Л. А. Видясова, А. В. Дмитриева, О. В. Сергеева ; Университет ИТМО, Санкт-Петербургский государственный университет. – Санкт-Петербург : Алетей, 2015. – 336 с. – ISBN 978-5-906823-45-8.

Сахарова Т. Н. Геронтопсихология : учебник с практикумом / Т. Н. Сахарова, Е. Г. Уманская, Н. А. Цветкова / под общ. ред. Т. Н. Сахаровой. – 2-е изд., доп. – Москва : МПГУ, 2018. – 352 с. – ISBN 978-5-4263-0636-3.

Семикин В. В. Модель и принципы функционирования системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы / В. В. Семикин, Е. Е. Малков. – Санкт-Петербург : РГПУ им. А. И. Герцена, 2014. – 140 с. – ISBN 978-5-8064-1976-8.

Соколова В. Ф. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста : учеб. пособие / В. Ф. Соколова, Е. А. Берецкая. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2017. – 198 с. – ISBN 978-5-9765-1128-6.

Стрижицкая О. Ю. Основы психогеронтологии : учеб.-метод. пособие / О. Ю. Стрижицкая. – Санкт-Петербург : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2016. – 78 с. – ISBN 978-5-288-05684-0.

Хисматуллина З. Н. Основы социальной медицины : учеб. пособие / З. Н. Хисматуллина. – Казань : Изд-во КНИТУ, 2018. – 228 с. – ISBN 978-5-7882-2419-0.

Хисматуллина З. Н. Основы геронтологии : учеб. пособие / З. Н. Хисматуллина. – Казань : Изд-во КНИТУ, 2017. – 192 с. – ISBN 978-5-7882-2253-0.

Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми : учебник. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва : Дашков и К°, 2017. – 339 с. – ISBN 978-5-394-02227-2.

Ягнюк К. В. Анатомия терапевтической коммуникации. Базовые навыки и техники : учеб. пособие / К. В. Ягнюк. – Москва : Когито-Центр, 2014. – 175 с. – ISBN 978-5-89353-412-2.

Д о п о л н и т е л ь н а я

Агафоновичев В. А. Анималотерапия. Усы, лапы, хвост – наше лекарство / В. А. Агафоновичев. – Санкт-Петербург : Наука и техника, 2006. – 291 с. – ISBN 5-94387-313-9.

Белорусец А. Ф. Подходы к выделению структуры психологического возраста и их объяснительно описательный потенциал по отношению к старости / А. Ф. Белорусец, Ю. И. Фролов // Культурно-историческая психология. 2011. № 3. С. 50–60.

Болен Д. Ш. У последней черты: смертельно опасная болезнь как путешествие души / Д. Ш. Болен ; пер. с англ. В. И. Белопольского, Е. В. Бортулевой. – Москва : Ин-т психологии РАН, 2017. – 264 с. – ISBN 978-5-89353-486-3.

Братусь Б. С. К проблеме развития личности в зрелом возрасте / Б. С. Братусь // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14: Психология. 1980. № 2. С. 3–12.

Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением : учеб.-практ. пособие / М. Е. Бурно. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : Медицина, 2012. – 487 с. – ISBN 978-5-904993-22-1.

Губина С. Т. Диагностика и коррекция личности с помощью музыкальных средств воздействия / С. Т. Губина. – Москва : Библио-Глобус, 2018. – 312 с. – ISBN 978-5-907063-22-8.

Ермолаева М. В. Практическая психология старости / М. В. Ермолаева. – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 318 с. – ISBN 5-04-009785-9.

Защиринская О. В. Сказкотерапия в работе психолога : учеб.-метод. пособие / О. В. Защиринская. – Санкт-Петербург : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2016. – 132 с. – ISBN 978-5-288-05678-9.

Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – Санкт-Петербург : Речь, 2018. – 314 с. – ISBN 978-5-9268-1348-4.

Библиотерапия: задачи, подходы, методы / сост. О. Л. Кабачек. – Москва : БМЦ, 2001. – 127 с. (Профессиональная библиотечка школьного библиотекаря. Прил. к журн. «Шк. б-ка».)

Копытин А. И. Современная клиническая арт-терапия : учеб. пособие / А. И. Копытин. – Москва : Когито-Центр, 2015. – 525 с. – ISBN 978-5-89353-437-5.

Краснова О. В. Социальная психология старения: учеб. пособие / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – Москва : Академия, 2002. – 288 с. – ISBN 5-7695-0831-0.

Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы взрослости / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : ЭКСМО, 2005. – 413 с. – ISBN 5-699-07426-0.

Психология старости : хрестоматия / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : ИД БАХРАМ-М, 2004. – 733 с. – ISBN 5-94648-029-4.

Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – Москва : Городец, 2016. – 595 с. – ISBN 978-5-906815-96-5.

Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты : учеб. пособие / И. А. Погодин. – 3-е изд., стереотип. – Москва : Флинта, 2011. – 330 с. – ISBN 978-5-9765-0297-0.

Колчев А. И. Психология болезни и инвалидности : учеб. пособие / А. И. Колчев, А. В. Шевцов, Б. Б. Ершов. – Санкт-Петербург : Политех-Пресс, 2018. – 94 с. – ISBN 978-5-7422-6378-4.

Практикум по арт-терапии / под ред. А. И. Копытина. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 438 с. – ISBN 5-8046-0184-9.

Пряжников Н. С. Личностное самоопределение в преклонном возрасте / Н. С. Пряжников // Мир психологии. 1999. № 2. С. 111–123.

Психология старости и старения : хрестоматия / сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – Москва : Academia, 2003. – 411 с. – ISBN 5-7695-0875-2.

Серова Е. Лекари от природы / Е. Серова // Собачий остров : журнал. – Санкт-Петербург : Благотворительный фонд «Верность», 2010. № 1 (4). С. 26–27.

Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни / В. В. Фролькис. – Ленинград : Наука : Лен. отд., 1988. – 237 с. – ISBN 5-02-025734-6.

КНИГИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ БИБЛИОТЕРАПИИ

Дж. Кэнфилд. «Куриный бульон для души»

В книге опубликован 101 мини-роман, каждый из которых подарит не только удовольствие от прочтения и вдохновение, но и поможет осознать ценность простых вещей, на которые в реальности многие люди просто не обращают внимания. Данные романы очень легко воспринимаются даже пожилыми читателями, каждый из них находит сходство с собой в одной из историй, применяет на себя их роли и размышляет, как бы поступил в той или иной ситуации. Произведения посвящены базовым проблемам людей – одиночеству, проблемам в семье, замкнутости, отстраненности и отчуждению от окружающего мира. Каждая история в книге содержит смешные моменты, которые позволяют легко прочитать ее.

В. Яковлев. «В лучшем виде»

Автора всегда беспокоило и интересовало, как живут и ведут себя люди, переступившие порог пятидесятилетнего возраста, поскольку в нашей стране эти люди зачастую уже начинают задумываться о смерти, закрываются в себе, отстраняются от друзей, увлечений, работы и хобби. Своей книгой автор хотел показать, что после 50 лет жизнь только начинается, и в зрелом возрасте она может быть наполнена энтузиазмом, вдохновением и желанием жить. Произведение доказывает, что пожилые люди могут развиваться, покорять новые вершины и открывать новые грани своих возможностей. Книга представляет собой собрание 30 историй реальных людей, которые смогли разрушить стереотипы о старости и доказать всем, что возраст не является преградой к интересной и увлекательной жизни.

М. Веллер. «Приключения майора Звягина»

Главный герой романа – мужественный, умный майор в отставке, который работает врачом скорой помощи. Леонид Звягин обладает харизмой, тактичностью, необыкновенным складом ума стратега и упорством. Звягин в каждой из 10 глав книги помогает людям, поддерживает, находит для них решения. Так, в одной из глав главный герой возвращает веру в себя человеку, которому поставили смертельный диагноз – рак.

В другой главе он спасает несостоявшегося самоубийцу и помогает ему наладить его личную жизнь. Книга учит никогда не отчаиваться, не останавливаться и всегда добиваться поставленной цели. Содержание историй приводит читателя к пониманию, что можно решить даже самые непосильные задачи и выйти из самых трудных ситуаций, главное – этого захотеть и набраться терпения и упорства.

С. Рокед. «Человек уставший»

Это серия мотивирующих принципов для улучшения своей жизни. Автор показывает, как важно быть здоровым не только душой, но и телом. В данной книге можно найти ответы на волнующие пожилых людей вопросы: как избавиться от усталости, где взять силы, как научиться радоваться жизни и т. д. В ней изложены не только способы быстрого восстановления организма от хронической усталости, но и весьма вкусные и полезные рецепты блюд для правильного питания и упражнения йоги.

А. Чудаков. «Ложится мгла на старые ступени»

Это история о взрослении мальчика в 1930–1950-х гг. На протяжении романа герой переживает неподдельные чувства, он сталкивается с отчуждением, предательством, любовью, ненавистью и признанием.

КНИГИ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ АНАЛИЗА ОТНОШЕНИЙ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА С ВНУКАМИ

Д. Фостер. «Бабушка любит тебя»

Это книжка-малышка, которая может стать ценным подарком от бабушки внуку.

А. Дьюдни. «Лама в гостях у бабушки с дедушкой»

Лама впервые остается у бабушки с дедушкой один, без мамы. И в тот момент, когда наступает время укладываться спать, герой плачет, потому что забыл дома любимую игрушку, а бабушка и дедушка придумывают, как его успокоить.

Т. Морони. «Бабушки и дедушки»

История о тех, кто утешит и развеселит, когда грустно, и приструнит, когда необходимо. Автор книги делится своим опытом воспитания у детей позитивного отношения к жизни.

Х. и Д. Ховарт. «Старые медведи не умеют лазать по деревьям»

Маленького медвежонка хотели оставить у бабушки-медведицы и дедушки-мишки на несколько дней, а он переживал, что ему будет очень скучно. Однако дни, проведенные с бабушкой и дедушкой, превратились для него в самое веселое приключение!

Ю. Симбирская. «Бабушка-кошка»

В доме главного героя жила-была Бабушка-кошка. Она хранила покой, уют и хорошее настроение всей семьи. Но однажды после появления на пороге дома одноглазого Попугая с большим желтым чемоданом в жизни семьи все изменилось.

Д. Дональдсон. «Джек и дерево флумбрикос»

У главного героя Джека была бабушка, которая заболела, и помочь ей могло только лиловое яблоко в белый горошек, которое растет на дереве флумбрикос на далеком острове Нукавытринос. И Джек построил лодку, набрал экипаж и отправился в океан на поиски лекарства для бабушки.

Д. Рейган. «Как сидеть с бабушкой»

Оказавшись в такой ситуации, надо основательно подготовиться и придумать, как развлечь бабушку, чтобы ей не было скучно. В книге внуки и бабушки поменялись ролями.

Н. Носов. «Бабушка Дина»

В детском саду накануне 8 Марта возник спор о том, чья же мама красивее всех, ведь ей должен достаться замечательный букет мимоз. Но побеждает в споре бабушка Дина, чью фотографию принес Славик Смирнов.

А. Игнатова. «Вышла из дома старушка»

Ничто не может остановить старушку, если она решила сходить в гастроном «за хлебом и сладкой ватрушкой».

Э. Цюрупа. «Улица Зеленая»

Мальчик Матвей живет на даче вместе с прабабушкой, прадедом, петухом Вельзевулом и псом Гамбринусом. Но прабабушка не отпускает Матвея к друзьям, и поэтому он пытается что-то предпринять, чтобы убедить «прабашу» и прадеда в том, что ему нужно ходить в детский сад.

*Н. Карпова. «Про бабулечек – топотулечек,
хлопотулечек, выпекулечек»*

Сборник стихов, повествующих о неутомимых волшебницах, которые умеют лечить без лекарств одной силой своей любви. Они являются чемпионками по вязанию и шитью, королевами кулинарии, чудо-воспитателями и любительницами обниматься!

М.-Э. Массон. «Моя бабушка – супер»

Главная героиня книги – бабушка, которая играет, поет и веселится. Каждый проведенный с ней день наполнен для внучки незабываемыми моментами.

И. Прохазкова. «Бабушка с крылышками»

Элиас нашел у берега пруда большое желтое яйцо, из которого вылупилась малюсенькая бабушка, на уме у которой – озорные проделки.

Н. Артюхова, В. Осеева, Б. Алмазов, Ю. Яковлев. «Бабуля, дедушка и я»

Бабушки и дедушки бывают разными: простыми и интеллигентными, деревенскими и городскими, строгими и добрыми, но все они любят своих внуков и хорошо их понимают, иногда даже лучше родителей.

Ю. Магалиф. «Типтик, или Приключения одного мальчика, великолепной бабушки и говорящего ворона»

Мальчик Тимофей Птахин попал в сказку вместе со своей бабушкой. Там они становятся участниками невероятных приключений.

Е. Мурашова, Н. Майорова. «Когда бабушка и дедушка были маленькими...»

Эта книга предназначена не только для семейного чтения, но и для совместного времяпрепровождения бабушек и дедушек, прабабушек и прадедушек с их внуками и правнуками. Она поможет вернуться в прошлое, многое вспомнить и пережить вновь.

А.-К. Вестли. «Папа, мама, бабушка, восемь детей и грузовик»

Автора этой книги называли «бабушкой всей Норвегии». Истории про главных героев наполнены добротой и светом, а также радостью общения с людьми, которые приходят на помощь тем, кому она нужна.

М. Лобе. «Бабушка на яблоне»

Маленький Анди страдал от одиночества и долго мечтал о храброй, отчаянной бабушке, с которой можно бороздить моря, сражаться с пиратами и укрощать тигров. И она наконец нашлась на яблоне.

Е. Зверева. «Мы с бабушкой»

Бабушка Маруся живет в деревне, ездит на мотоцикле, играет в шахматы и зарывает на огороде клады, как пират. А еще у нее есть телескоп, чтобы разглядывать кольца Сатурна, и мишень, по которой можно стрелять вишневыми косточками.

Г. Мебс. «“Бабушка!” – кричит Фридер»

Пятилетний мальчик Фридер и его неугомонная бабушка иногда смеются, иногда ссорятся и частенько испытывают друг друга на прочность, выясняя, например, что будет, если поменяться ролями: бабушка отправится в детскую строить домики, а Фридеру на кухню – варить рисовую кашу.

И. Зартайская. «Все бабушки умеют летать»

Бабушки никогда не обижаются, их можно только огорчить, а когда бабушки расстроены, они не могут летать, только сидят тихонько. И что-бы бабушки не улетели навсегда, их надо беречь.

Н. Маркелова. «Такие разные бабушки»

Главная героиня книги Леночка мечтает стать бабушкой, ведь ее бабушка – настоящая добрая фея!

Т. Мжаванадзе. «Лето, бабушка и я»

История про 19 лет детства и юности одной девочки, главную роль в которых играла строгая, добрая и заботливая грузинская бабушка. И пусть девочка выросла в итоге не совсем такой, как хотела бабушка, но зато она уверена в том, что самое важное в жизни – это большая любовь, безоглядная и всепоглощающая.

И. Шляпка. «Весенний завтрак у Моховой бабушки»

Малышке Моховичку и его бабушке предстоит важное событие, к которому надо хорошо подготовиться.

О. Колпакова. «Большое сочинение про бабушку»

Секрет семейного счастья в том, чтобы ощущать свою связь с предками и потомками, чувствовать себя звеном этой крепкой цепи жизни.

С. Гандольфи. «Альдабра. Черепаха, которая любила Шекспира»

Девочка Элиза очень любит свою бабушку-художницу, несмотря на все ее странности. И со временем, когда бабушка начинает все больше нуждаться в помощи внучки и уже почти не может передвигаться самостоятельно, Элиза помогает ей воплотить свою мечту.

Ю. Кузнецова. «Дом П»

Главные герои книги – бабушка Женя и ее семья. Бабушка была очень доброй, заботливой и больше всего на свете боялась огорчить сына и остальных членов семьи. Когда сын решил отправить ее в дом престарелых, или дом П, она не хотела ехать, ни ничего не сказала об этом. Эта повесть об искренности и о том, как важно быть вместе тем, кто любит друг друга.

Ю. Яковлев. «Баваклава: сборник рассказов»

Сюжет развивается вокруг взаимоотношений бабушки и ее внука. Книга повествует о тонких, глубоких чувствах, которые постепенно пробуждаются в душе мальчика.

Т. Михеева. «Легкие горы»

Бабушка Тася суровая и харизматичная. Но в ее суровости и скупости на эмоции на самом деле скрыта настоящая любовь ко всему, что ее окружает, – к природе, лесу, горам, животным, детям и внукам, вообще к людям.

А. Блинов. «Море, бабка и охламон»

Искренняя история, написанная автором о самом себе – о том, как обычным мальчишкой он приобретал свой бесценный жизненный опыт где-то между Азовским морем и Таганрогским заливом.

Н. Абгарян. «Все о Манюне»

Книга рассказывает об отдаленном от столиц советском городке и его жителях. О том, как, невзирая на огромный дефицит и всевозможные ограничения, люди умудрялись жить и радоваться жизни. Книга также и о бабушках, на которых держится весь быт и внуки впридачу. И какие бы они ни были, им почет и уважение за их самоотверженность.

ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ФИЛЬМЫ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДЛЯ КИНОТЕРАПИИ

«РЭД» (2010)

Вышедший на пенсию агент ЦРУ Френк Мозес, который когда-то совершал революции, теперь живет в пригороде и убирает снег у своего дома. Но когда на его пороге появляются наемники, становится понятно, что он еще на многое способен. С помощью своих старых друзей Френк раскрывает правительственный заговор и показывает новичкам ЦРУ свои способности. Создатели фильма смотрят на старение с юмором, а также показывают, что опыт бывает важнее юношеской горячности.

«Вверх» (2009)

Главный герой мультфильма Карл Фредриксен прожил долгую жизнь, но многого не успел, потому что не было денег, времени и сил. Вместе с женой он год за годом откладывал заветное путешествие в Южную Америку на потом. Уже после смерти супруги 78-летний Карл хочет выполнить данное ей обещание. Он привязывает к своему маленькому домику тысячу воздушных шаров и отправляется в путь. Правда, оказывается, что старик прихватил с собой попутчика – болтливого и любопытного мальчугана. Так начинается история невероятных приключений в экзотической стране, которая покажет, что никогда не поздно идти навстречу мечте и пытаться изменить свою жизнь.

«Отель “Мэриголд”»: лучший из экзотических» (2011)

Группа британских пенсионеров решает, что лучшим местом для отдыха от мирской суеты станет отель в Индии. На брошюрах место выглядит великолепно, а цены там гораздо ниже европейских. Герои отправляются в путь. Шумная экзотическая Индия сильно шокирует чопорных британцев, однако все оказывается совсем не так фешенебельно, как на красочных фото. Тем не менее, чужая страна со всеми ее плюсами и минусами помогает пенсионерам снова почувствовать вкус жизни.

«Гран Торино» (2008)

Пенсионер Уолт Ковальски сталкивается с тем, как стремительно меняется мир. Когда-то герой фильма участвовал в Корейской войне и жил в пригороде среди таких же, как он, добропорядочных белых американ-

цев. Но теперь его район заселен мигрантами, и уже он выглядит чужаком. После смерти жены в его жизни остались только собака, машина и ружье. Дети хотят сдать его в дом престарелых, однако неожиданно для самого себя Уолт становится покровителем семьи мигрантов из Кореи, которым угрожает уличная банда. В пожилом возрасте герой находит отдушину в людях, которых когда-то презирал. И если уж такой упрямец, как Ковальски, изменил свое мнение, то и другие пожилые люди способны это сделать.

«Простые сложности» (2009)

Главные герои фильма – пара, которая распалась после 20 лет брака. Герой успевает жениться на молодой женщине, однако внезапно понимает, что страсть к бывшей жене до сих пор не угасла.

«Любовь по правилам и без» (2003)

Комедия про любовные приключения в зрелом возрасте.

«Весенние надежды» (2012)

Герои этой мелодрамы утратили страсть после более чем 30 лет брака. Чтобы вернуть искру в отношения, они решаются на специальный курс терапии. Теперь им придется заново учиться обниматься, флиртовать и постигать фантазии друг друга. Фильм показывает, что любовь во второй половине жизни можно не только найти, но и обрести заново.

«Стажер» (2015)

Семидесятилетний вдовец Бен Уитакер теряет интерес к жизни, поэтому с радостью принимает участие в программе стажировки для пенсионеров. Так герой оказывается в современной компании, продающей одежду онлайн. Отношения с боссом Джулс Остин поначалу не складываются, но постепенно она понимает ценность представителей старшего поколения. Ответственный и собранный Бен, привыкший ходить на работу в идеально выглаженном костюме, к тому же разбирается в людях и обладает огромным багажом житейских знаний. При этом сам Бен тоже узнает кое-что новое на работе и даже заводит аккаунт на *Facebook*.

«Дедушка легкого поведения» (2015)

Комедия о приключениях пожилого мужчины и его внука.

«Старики-разбойники» (1971)

Следователь прокуратуры Мячиков пытается доказать, что начальство рано списало его со счетов. Вместе с другом он решает организовать преступление века – кражу картины Рембрандта, чтобы потом триумфально раскрыть его. Но, конечно, все получается не совсем так, как планировали главные герои. Этот фильм даже спустя 40 с лишним лет после его создания является одним из лучших примеров кино о деятельных пожилых людях.

СПИСОК ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ФИЛЬМОВ, ГЕРОЯМИ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ

- «Бабушка» (*Grandma*). Реж. Пол Вайц. 2015.
- «Бульвар» (*Boulevard*). Реж. Дито Монтиель. 2014.
- «Вверх» (*Up*). Реж. Пит Доктер, Боб Питерсон. 2009.
- «Вдали от нее» (*Away from Her*). Реж. Сара Полли. 2006.
- «Век Адалин» (*The Age of Adaline*). Реж. Ли Толанд Кригер. 2015.
- «Ворошиловский стрелок». Реж. Станислав Говорухин. 1999.
- «Ворчун» (*Mielensäpahoittaja*). Реж. Доме Карукоски. 2014.
- «Все путем» (*Everybody's Fine*). Реж. Кирк Джонс. 2009.
- «Второе дыхание» (*Used People*). Реж. Бибан Кидрон. 1992.
- «Второй шанс» (*Danny Collins*). Реж. Дэн Фогельман. 2014.
- «Вы чье, старичье?» Реж. Иосиф Хейфиц. 1988.
- «Гарри и Тонто» (*Harry and Tonto*). Реж. Пол Мазурски. 1974.
- «Геронтофилия» (*Gerontophilia*). Реж. Брюс Ла Брюс. 2013.
- «Гранд Торино» (*Gran Torino*). Реж. Клинт Иствуд. 2008.
- «Дальше – тишина...» Телеверсия спектакля Театра имени Моссовета. Реж. Валерий Горбачевич, Анатолий Эфрос. 1978.
- «Дамы в лиловом» (*Ladies in Lavender*). Реж. Чарльз Дэнс. 2004.
- «Девочки из календаря» (*Calendar Girls*). Реж. Найджел Коул. 2003.
- «Джинджер и Фред» (*Ginger e Fred*). Реж. Федерико Феллини. 1985.
- «Дневник памяти» (*The Notebook*). Реж. Ник Кассаветис. 2004.
- «Дом из маленьких кубиков» (*La Maison en petits cubes*). Реж. Кунио Като. 2008.
- «Еще один год» (*Another Year*). Реж. Майк Ли. 2010.
- «Земляничная поляна» (*Smultronstället*). Реж. Ингмар Бергман. 1957.
- «Зимние розы» (*Des Roses en Hiver*). Реж. Лоренцо Габриэль. 2014.
- «И жизнь, и слезы, и любовь». Реж. Николай Губенко. 1983.
- «Квартет» (*Quartet*). Реж. Дастин Хоффман. 2012.
- «Клуб женщин». Реж. Владимир Фокин. 1987.
- «Кокон» (*Cocoon*). Реж. Рон Ховард. 1985.
- «Красиво уйти» (*Going in Style*). Реж. Мартин Брест. 1979.
- «Кус-кус и барабулька» (*La graine et le mulet*). Реж. Абделатиф Кешиш. 2007.

- «Летний домик» (*The Summer House*). Реж. Уорис Хуссейн. 1993.
- «Лучшие дни впереди» (*Les beaux jours*). Реж. Марион Верну. 2013.
- «Любовь» (*Amour*). Реж. Михаэль Ханеке. 2012.
- «Люди будут съедены» (*Mennesker bliver spist*). Реж. Эрик Клаусен. 2015.
- «Миссис Харрис едет в Париж» (*Mrs. Arris Goes to Paris*). Реж. Энто-ни Пуллен Шоу. 1992.
- «Молодость» (*Youth*). Реж. Паоло Соррентино. 2015.
- «Морщинки» (*Arrugas*). Реж. Игнасио Феррерас. 2011.
- «Моя старушка» (*My Old Lady*). Реж. Израэль Хоровиц. 2014.
- «На девятом небе» (*Wolke 9*). Реж. Андреас Дрезен. 2008.
- «На золотом пруду» (*On Golden Pond*). Реж. Марк Райделл. 1981.
- «Небеса обетованные». Реж. Эльдар Рязанов. 1991.
- «Небраска» (*Nebraska*). Реж. Александр Пэйн. 2013.
- «Ода “К радости”». Реж. Сергей Айрапетов. 2011.
- «Остров». Реж. Павел Лунгин. 2006.
- «Отель “Мэриголд”: лучший из экзотических» (*The Best Exotic Marigold Hotel*). Реж. Джон Мэдден. 2011.
- «Отель “Мэриголд”: заселение продолжается» (*The Second Best Exotic Marigold Hotel*). Реж. Джон Мэдден. 2015.
- «Отец» (*Dad*). Реж. Гари Дэвид Голдберг. 1989.
- «О Шмидте» (*About Schmidt*). Реж. Александр Пэйн. 2002.
- «Переписывая Бетховена» (*Copying Beethoven*). Реж. А. Холланд. 2006.
- «Пока не сыграл в ящик» (*The Bucket List*). Реж. Роб Райнер. 2007.
- «Последний урок» (*La dernière leçon*). Реж. Паскал Пузаду. 2015.
- «Последнее танго в Галифаксе» (*Last Tango in Halifax*). Реж. Эрос Лин, Сэмюэл Донован, Джилл Робертсон. 2012.
- «Последняя из блондинок-красоток» (*The Last of the Blonde Bombshells*). Реж. Гиллис МакКиннон. 2000.
- «Послесловие». Реж. Марлен Хуциев. 1983.
- «Поэзия» (*Shi*). Реж. Ли Чан Дон. 2010.
- «Продлись, продлись, очарованье...». Реж. Ярополк Лапшин. 1984.
- «Простая история» (*The Straight Story*). Реж. Дэвид Линч. 1999.
- «Реальные парни» (*Stand Up Guys*). Реж. Фишер Стивенс. 2012.
- «Робот и Фрэнк» (*Robot & Frank*). Реж. Джейк Шрейер. 2012.
- «РЭД» (*RED*). Реж. Роберт Швентке. 2010.
- «Самый быстрый Индиан» (*The World's Fastest Indian*). Реж. Род-жер Дональдсон. 2005.

- «Семь стариков и одна девушка». Реж. Евгений Карелов. 1968.
- «Смерть господина Лазареску» (*Moartea domnului Lazarescu*). Реж. Кристи Пую. 2005.
- «Стажер» (*The Intern*). Реж. Нэнси Майерс. 2015.
- «Старик» (*Shal*). Реж. Ермек Турсунов. 2012.
- «Старики-разбойники». Реж. Эльдар Рязанов. 1971.
- «Старперцы» (*Last Vegas*). Реж. Джон Терелтауб. 2013.
- «Старые ворчуны» (*Grumpy Old Men*). Реж. Дональд Питри. 1993.
- «Столетний старик, который вылез в окно и исчез» (*Hundraeringen som klev ut genom fönstret och försvann*). Реж. Феликс Хернгрен. 2013.
- «Сюрприз старины Неда» (*Waking Ned*). Реж. Кирк Джонс. 1998.
- «Третий акт» (*The Magic of Belle Isle*). Реж. Роб Райнер. 2012.
- «Умберто Д.» (*Umberto D.*). Реж. Витторио Де Сика. 1952.
- «У них все хорошо» (*Stanno tutti bene*). Реж. Джузеппе Торнаторе. 1990.
- «Уступи место завтрашнему дню» (*Make Way for Tomorrow*). Реж. Лео МакКери. 1937.
- «Филомена» (*Philomena*). Реж. Стивен Фрирз. 2013.
- «Флорида» (*Floride*). Реж. Филипп Ле Гюз. 2015.
- «Цвет сакуры» (*Kirschblüten – Hanami*). Реж. Дорис Дерри. 2007.
- «Человек и его собака» (*Un homme et son chien*). Реж. Франсис Юстер. 2008.
- «Шофер мисс Дэйзи» (*Driving Miss Daisy*). Реж. Брюс Бересфорд. 1989.
- «Эльза и Фред» (*Elsa y Fred*). Реж. Маркос Карневале. 2005.
- «Я увижу тебя в своих снах» (*I'll See You in My Dreams*). Реж. Бретт Хейли. 2015.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ КАНИСТЕРАПИИ

Упражнения на тактильную чувствительность: «тепло – холодно», «влажно – сухо», «твердо – мягко», «шершаво – гладко» и т. п. Разговаривая о собаке, можно сравнить и описать ощущения от поглаживания холодного и мокрого носа и теплой сухой кожи на голове или шее собаки. Сравнить ощущения от ощупывания твердых гладких когтей и шершавых подушечек лап с ощущением короткой гладкой шерсти на морде или ушах, длинной шерсти на корпусе, определить, жесткая или мягкая шерсть у животного, длинная или короткая и т. п.

Упражнения на развитие тонкой координации: расстегнуть и застегнуть ошейник, соединить части игрушки для собаки, достать из упаковки кусочек лакомства и дать собаке, достать из капсулы на ошейнике собаки записку с ее кличкой, расчесать собаку по шерсти и против и т. п.

Упражнения на развитие координации и силы в конечностях (в зависимости от тяжести нарушений). При сильных нарушениях – упражнение на поглаживание собаки. Пожилому человеку предлагают поглаживать собаку равномерно – морду слева и справа, ухо левое и правое, шею слева и справа и т. д.

Затем протянуть собаке руку. Инструктор дает собаке команду подать лапу с задержкой разной продолжительности (2, 3, 5 с), не переутомляя пожилого человека, но незаметно стимулируя его протягивать руку дальше и держать ее на весу дольше. Также возможны варианты – кинуть собаке игрушку и забрать из пасти; давать лакомство, вытягивая руку и держа ее на весу. В этих случаях инструктор незаметно управляет собакой, побуждая пожилого человека к более сильным, четким движениям, постепенно увеличивая нагрузку.

Упражнения для ног. Пожилой человек выставляет или сидя протягивает ногу – собака через нее перешагивает или проползает под ногами. Упражнение можно усложнять, предложив пожилому человеку «управлять собакой», придерживая ее за ошейник или приманивая ее лакомством при проходе через ноги (под ногами). При этом будут задействованы все группы мышц ног, рук и корпуса пожилого человека.

Упражнения при нарушениях речи. Пожилой человек подает собаке различные команды, называет кличку, издает сигнальные звуки – свист, щелчки языком, причмокивает губами и т. п. По мере усложнения задания инструктор подает собаке команду слушаться пожилого человека при определенном качестве артикуляции.

Упражнения при атаксии. В зависимости от степени выраженности нарушений можно предложить пожилому человеку пройти с собакой, держа ее за короткий поводок, поворачиваться под разными углами, двигаться с различной скоростью. Мелкую собаку можно предложить перенести с места на место, держа в руках. Практика показывает, что боязнь причинить вред собаке (наступить на лапы или уронить) оказывается хорошим стимулом для поддержания равновесия. Упражнение можно усложнить, введя элементы «дрессировки», когда пожилой человек может усадить собаку жестом одной руки, в то время как другой рукой ее придерживают за поводок поочередно слева и справа.

Пожилым людям можно предлагать одевание ошейника или шлейки с застегиванием разных типов, расчесывание животного разными инструментами, ходьбу с собакой на натянутом и ослабленном поводке, «игры-дрессировки» и др. в зависимости от их активности и желания.

Усложнять упражнения необходимо постепенно, таким образом, чтобы у пожилого человека не оставалось ощущения бессилия при «управлении» собакой или раздражения от «непослушания» животного. Однако следует избегать и исполнения недостаточно четко поданных команд, если известно, что пожилой человек может выполнить это движение или произнести необходимое слово лучше.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ АРТТЕРАПИИ

Упражнение «*Передача листа*» ценно тем, что рисунок не имеет одного автора, а потому не может стать предметом для критики. Можно попросить участников группы что-нибудь нарисовать – это может быть композиция или знакомый всем образ. Через десять минут каждый должен передать свой рисунок соседу справа, а тот что-нибудь добавляет к изображению и передает его дальше по кругу до тех пор, пока оно не возвратится к своему первому автору.

Упражнение «*Завершение каракулей*» полезно тем, что позволяет людям начать работу не «с белого листа». На отдельных листах могут быть уже нарисованы разные извилистые линии, среди которых нет повторяющихся, а затем изображения передаются участникам группы, и их просят превратить линию в образ. Затем пожилые люди показывают друг другу свои рисунки и обсуждают их.

Упражнение «*Напиши свое имя*»: пожилым людям можно предложить изобразить свои имена в произвольно выбранных стиле и форме. Большинство людей не испытывают при этом никакого напряжения и могут проявить себя творчески уже в самом начале занятия.

Упражнение «*Каракули*» заключается в свободном движении мелка или карандаша по листу бумаги без какой-либо цели и замысла, в результате чего получается сложный клубок линий. В этом «клубке» следует затем увидеть какой-либо образ и развить его. Варианты этого упражнения:

- ведение «дневника каракулей» для того, чтобы проследить их изменение за определенный промежуток времени;
- сочинение рассказа после завершения рисунка на основе каракулей;
- вербальное выражение своих чувств и ассоциаций, появляющихся при создании разных каракулей;
- использование отпечатков краски на бумаге (полученных с помощью кисти или руки) как основы для создания образа. Упражнение можно проводить индивидуально либо на большом листе бумаги с участием всех членов группы;

– написание своих инициалов или автографа как можно крупнее, а затем попытка найти в очертаниях образ и развить его;

– «метаморфозы»: изменение каракулей и полученных образов в нечто иное с использованием трех движений руки.

АРТТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ВЫРАЖЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ¹

Термин «выраженные расстройства памяти» обозначает наличие у человека лишь крайне непродолжительной, кратковременной памяти. Как правило, утрачивается логика нормального мышления. Тем не менее, многие фрагменты долговременной памяти остаются сохраненными и смешиваются с образами восприятия. Чувства могут возникать и угасать быстрее, чем при нормальной памяти, но их интенсивность остается прежней. Часто человек с такими нарушениями не способен подобрать правильные слова и использует иные определения, из-за чего его речь невразумительна и малопонятна.

В связи с тем, что высказывания окружающих надолго не удерживаются в памяти этих людей и не осмысливаются в достаточной степени, физические объекты, которые можно видеть, обонять или трогать, воспринимаются ими более устойчиво. Если человек утрачивает сознание объекта, он может посмотреть на него, понюхать или потрогать, чтобы вернуть ускользающее понимание. Объект, возможно, активизирует воспоминания и ассоциации, которые могут дольше сохраняться в сознании. Аналогичным образом мазки, линии, цвета и формы могут часто напоминать художнику о мыслях и чувствах, наполнявших его во время создания произведения.

Для данной категории лиц продукт изобразительного творчества становится неким опорным объектом, имеющим постоянный характер. По мере погружения пожилого человека в изобразительную деятельность, он способен лучше концентрироваться, улучшается его настроение. В арттерапевтической практике многие пожилые люди с выраженными нарушениями памяти не проявляют интереса к рисованию. Они больше расположены к игре с материалами, что указывает на особый смысл, который имеет для них это занятие. Как и при создании образов, такая деятельность протекает в «пространстве» между пожилым человеком

¹ Печатается по: Практикум по арттерапии / под ред. А. И. Копытина. СПб. : Питер, 2001. С. 215–226.

и арттерапевтом. В этом процессе наблюдаются повторяющиеся элементы. Поскольку пожилой человек не в состоянии сохранить образ в своем сознании надолго, его работа не развивается. В нормальных условиях создание образа имеет прогрессивный характер: один мазок или штрих ведет к другому, новым образам и идеям, а в финале процесса может возникнуть законченное произведение. У лиц с выраженными расстройствами памяти работа имеет стереотипный характер и продолжается до тех пор, пока психолог не закончит сессию либо пока внимание пожилого человека не будет отвлечено от материалов.

Психолог или группа не всегда воспринимаются пожилыми людьми, находящимися за пределами его Я. Они вплетаются в его работу. Специалистами описывается такое слияние всего и вся вокруг и внутри человека. Оно напоминает происходящее с наделенными нормальной памятью пожилым людям при арттерапевтическом переносе – психолог с группой воспринимаются ими как давние знакомые, к которым когда-то ощущалась привязанность, и сиюминутные чувства к ним отражаются в создаваемых в данный момент образах. Однако это происходит на сознательном или полусознательном уровне. Пожилой человек понимает, что психолог и группа имеют свою собственную идентичность. Напротив, человек с выраженными расстройствами памяти к подобной дифференциации не способен.

Для этих людей существенное значение имеет игровая среда между ними и арттерапевтом. Сложно бывает проследить развитие процесса от начала до конца. Может отсутствовать осознание пожилыми людьми регулярного характера занятий – они не понимают, кто такой арттерапевт и почему они встречаются каждую неделю. Наблюдается смешение осознаваемых и неосознаваемых элементов психической деятельности. Нарушения памяти приводят к утрате ощущения реальности, необходимого для осознания ситуации. В связи с этим действие большинства конструктивных факторов арттерапевтической работы (изобразительного процесса, его протяженности во времени, интеграции неосознаваемых элементов в сознание и других) оказывается невозможным.

Однако работа с материалами дает пожилым людям шанс погрузиться в себя и, если принять во внимание присутствие арттерапевта, делает переживание пожилыми людьми своего Я более валидным, что поддерживает их индивидуальность, что крайне важно для них.

Психолог создает атмосферу терпимости, наполненную заинтересованным вниманием к пожилому человеку. Он пытается понять его и соответствующим образом реагировать на его действия. Это создает устой-

чивость контакта между встречами. У лиц с расстройствами памяти зачастую присутствуют страх наказания и неясность границ физического тела. Поэтому в работу можно привнести возможность «удерживания». Сложность лишь в отсутствии его устойчивости – пожилые люди, как правило, не способны связать опыт предыдущих и последующих занятий. Все это предъявляет особые требования к установкам тех, кто проводит работу с пожилыми людьми.

Контрперенос. В работе с пожилыми людьми, имеющими выраженные расстройства памяти, фактор веры имеет очень большое значение. Они зачастую ощущают тесную связь с группой. Даже при грубых нарушениях памяти невербальными средствами можно достичь осознания.

Таким образом, использование различных материалов и предметов в качестве моста от пожилого человека к психологу имеет много общего с арттерапевтическим процессом. Однако между ними есть и существенные различия, обусловленные расстройствами памяти и отсутствием развития процесса. Предметы позволяют удерживать проекции пожилого человека и помогают ему начать работу с материалами.

Данная категория лиц недостаточно хорошо понимается окружающими. С ними трудно работать, но такая работа способна принести и удовлетворение, связанное с осознанием того, как много им можно дать. Истинным вознаграждением являются моменты человеческого контакта, во время которых психолог понимает пожилого человека, а тот чувствует себя понятым.

Учебное издание

Дорогина Ольга Ивановна
Лебедева Юлия Владимировна
Токарская Людмила Валерьевна
Хлыстова Елена Викторовна

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Заведующий редакцией *М. А. Овечкина*
Редактор *Е. В. Березина*
Корректор *Е. В. Березина*
Компьютерная верстка *Г. Б. Головина*

Подписано в печать 17.08.2020. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Цифровая печать.
Уч.-изд. л. 6,5. Усл. печ. л. 7,67. Тираж 100 экз. Заказ 139.
Издательство Уральского университета.
Редакционно-издательский отдел ИПЦ УрФУ
620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.
Тел.: +7 (343) 389-94-79, 350-43-28
E-mail: rio.marina.ovechkina@mail.ru
Отпечатано в Издательско-полиграфическом центре УрФУ
620083, Екатеринбург, ул. Тургенева, 4.
Тел.: +7 (343) 358-93-06, 350-58-20, 350-90-13
Факс +7 (343) 358-93-06
<http://print.urfu.ru>

ДЛЯ ЗАМЕТОК

